

# Kunnskapsbasert praksis angår alle, også ergoterapeuter

*En kvalitativ studie av ergoterapeuters forståelse av  
kunnskapsbasert praksis*

**Elin Mangen**



Masteroppgave i helsefagvitenskap  
Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2009

## Forord

I denne sammenhengen vil jeg gjerne rette en stor takk til de som har bidratt til at denne oppgaven har blitt til:

Takk spesielt til min veileder ergoterapeut og Ph. D. Grete Alve for konstruktiv og oppmuntrende veiledning! Uten dine kloke råd hadde det ikke blitt noen masteroppgave!

Takk til min arbeidsgiver, Sykehuset Innlandet HF Kongsvinger, ved direktør Tove Kjefferud Fossan for permisjon og mulighet til å gjennomføre masterstudiet!

Takk til informantene som stilte opp og delte av sin tid og kunnskap!

Takk til medstudenter og forelesere ved UiO for interessant og lærerikt samarbeid!

Takk til tante Marry for god språkvask!

Takk til Johan som har holdt ut med en teoretiker i huset!

## Sammendrag

**Formål:** Hensikten med denne studien er å belyse hvordan ergoterapeuter forstår og utvikler kunnskapsbasert praksis, og derigjennom å bidra til refleksjon og diskusjon av kunnskapsbasert praksis i ergoterapimiljøet i Norge.

**Teoretisk forankring:** Studien har et sosiologisk vitenskapsteoretisk perspektiv inspirert av Berger og Luckmann, og en konstruksjonistisk diskursanalytisk tilnærming. Teori om kunnskapsbasert praksis. Teori om ergoterapi.

**Metode:** Prosjektet har en kvalitativ tilnærming. Datamaterialet er skapt gjennom fire semistrukturerte individuelle intervju og et fokusgruppeintervju med fire deltagere. Analysearbeidet har en diskursanalytisk tilnærming.

**Resultater:** I materialet trådte det frem fire diskurser, som informantene fordelte seg mellom: Den teoriforankrede, den forskningsbaserte, den relasjonelle og den kliniske diskursen. Hvordan ergoterapeuter forstår og utvikler kunnskapsbasert praksis er avhengig av forankring i diskurs og kontekst. Felles for forståelsen for alle ergoterapeutene er at de inkluderer anvendelse av forskningskunnskap fra ”effektforskning” for planlegging av tiltak til enkeltpasienter eller pasientgrupper. Informantene har utviklet sin forståelse av kunnskapsbasert praksis gjennom videreutdanning, internundervisning, litteraturstudier og i kontakt med lokale, nasjonale og internasjonale miljøer. Alle snakker om forskning og forskningskunnskap når de skal se på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis og når de skal beskrive hvordan de har integrert det i egen praksis. Noen anvender kunnskapsbasert praksis i klinisk praksis, mens andre er opptatt av å spre kunnskap om kunnskapsbasert praksis og hvordan ergoterapeuter kan finne, vurdere og anvende forskningskunnskap. Noen utfordrer også kunnskapssenterets konstruksjon av kunnskapsbasert praksis og oversettelsen av evidensbasert praksis til kunnskapsbasert praksis.

**Konklusjon:** Det eksisterer ingen felles forståelse av kunnskapsbasert praksis blant norske ergoterapeuter. De anvender det i sin praksis ut fra sin forståelse. Forståelsen utvikles i diskurs og kontekst. Informantene utfordrer norske ergoterapeuter til debatt og begrepsavklaring. Informantene utfordrer til fagutvikling, forskning og anvendelse av forskningskunnskap, og til å gjøre forskningskunnskapen tilgjengelig, for å utvikle behandlingstilbudet til pasientene.

## Summary

**Purpose:** The purpose of this study is to elucidate how occupational therapists understand and develop evidence – based practice (kunnskapsbasert praksis), and in that way contribute to reflection and discussion on evidence – based practice among Norwegian occupational therapists.

**Theory base:** The study has a sociological theoretical perspective inspired by Berger and Luckmann and a constructionistic discourse analytic approach. Theory on evidence – based practice. Theory on Occupational Therapy.

**Method:** The project has a qualitative approach. The empirical data has been created through four semistructured individual interviews and one focusgroupinterview with four participants. The analysis is done with a discourse analytic approach.

**Results:** There appeared four discourses in the data, which the informants found their places in, the theory – based, the research – based, the relational and the clinical discourses. How occupational therapists understand and develop evidence - based practice depends on discourse and context. One common element in their understanding is that they include the use of knowledge from quantitative research in the planning of treatment for individual patients and groups of patients. The informants have developed their understanding of evidence – based practice through studies, education at work and literature studies, in local, national and international contexts. All of them talk about research and knowledge from research when they consider the relationship between occupational therapy and evidence – based practice and when they describe how they have applied it into their work. Some of them have applied evidence - based practice into clinical practice, while others focus on sharing evidence –based practice and how occupational therapists can use knowledge from research. Some of them question “Kunnskapssenteret”’s construction of evidence – based practice and the translation to “kunnskapsbasert praksis”(“knowledge - based practice”).

**Conclusion:** There is no common understanding of evidence – based practice among Norwegian occupational therapists. They apply it into their practice as they understand it. The understanding is developed in discourse and context. The informants give occupational therapists challenges: To discuss and define evidence – based practice, to develop occupational therapy and to research, to apply knowledge from research into their practice, and to make the knowledge from research accessible and available for the development of the treatment for the patients.

# Innhold

Forord .....	2
Sammendrag.....	3
Summary.....	5
Innhold.....	7
<u>1. Innledning.....</u>	<u>12</u>
<u>1.1 Introduksjon til temaet og oppgaven.....</u>	<u>12</u>
<u>1.2 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.....</u>	<u>12</u>
<u>1.3 Kunnskapsstatus og forskning på feltet. ....</u>	<u>15</u>
<u>2. Teorigrunnlag og bakgrunnskunnskap.....</u>	<u>17</u>
<u>2.1 Kunnskapsbasert praksis.....</u>	<u>17</u>
<u>2.1.1 Kunnskapsbasert praksis, en introduksjon.....</u>	<u>17</u>
<u>2.1.2 Kunnskapsbasert ergoterapi.....</u>	<u>20</u>
<u>2.2 Ergoterapi, grunnsyn og kunnskapsgrunnlag .....</u>	<u>22</u>
<u>2.3 Vitenskapsteoretisk perspektiv og teoretisk tilnærming i studien.....</u>	<u>24</u>
<u>2.3.1 Overordnet vitenskapsteoretisk perspektiv.....</u>	<u>24</u>
<u>2.3.2 Diskursanalyse.....</u>	<u>25</u>
<u>2.4 Konteksten for studien, på “overordnet nivå” .....</u>	<u>27</u>
<u>3. Metodisk tilnærming til intervju og analyse.....</u>	<u>30</u>
<u>3.1 Planlegging og gjennomføring av datainnsamling.....</u>	<u>30</u>

---

3.1.1 Planlegging og gjennomføring av de individuelle intervjuene.....	31
3.1.2 Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet.....	31
3.1.3 Utvelgelse og presentasjon av informantene.....	32
3.2 Planlegging og gjennomføring av analysearbeidet.....	34
3.3 Kritisk blikk på metode og forskerrolle.....	38
3.4 Etiske refleksjoner.....	41
4. Resultater .....	44
4.1 Innledning til presentasjon av resultater.....	44
4.2 De diskursive tankemåtene i materialet.....	45
4.3 Den teoriforankrede diskursen .....	48
4.3.1 Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?.....	48
4.3.2 Hvordan har de utviklet denne forståelsen?.....	49
4.3.3 Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen, på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis? .....	50
4.3.4 Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?.....	51
4.3.5 Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen.....	52
4.4 Den forskningsbaserte diskursen.....	52
4.4.1 Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den forskningsbaserte diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?.....	52



---

4.4.2	Hvordan har de utviklet denne forståelsen?.....	54
4.4.3	Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den forskningsbaserte diskursen på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?.....	54
4.4.4	Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den forskningsbaserte diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?.....	56
4.4.5	Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen.....	57
4.5	Den relasjonelle diskursen. ....	58
4.5.1	Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?.....	58
4.5.2	Hvordan har de utviklet denne forståelsen? .....	59
4.5.3	Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen, på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?.....	60
4.5.4	Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?..	62
4.5.5	Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen.....	64
4.6	Den kliniske diskursen .....	64
4.6.1	Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?.....	64
4.6.2	Hvordan har de utviklet denne forståelsen?.....	68

---

4.6.3	<u>Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen, på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?.....</u>	69
4.6.4	<u>Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?..</u>	71
4.6.5	<u>Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen.....</u>	75
5.	<u>Ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser, møtes til debatt om KBP.....</u>	76
5.1	<u>Innledning.....</u>	76
5.2	<u>Hvordan forstår ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis?.....</u>	77
5.2.1	<u>Særpreget ved hvordan ergoterapeuter som har forankring i de ulike diskursene, forstår KBP.....</u>	77
5.2.2	<u>Hvordan utfordrer de ulike forståelsesmåtene av KBP hverandre?.....</u>	79
5.3	<u>Hvordan utvikler ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis?.....</u>	82
5.3.1	<u>Særpreget ved hvordan ergoterapeuter som har forankring i de ulike diskursene, utvikler KBP.....</u>	82
5.3.2	<u>Hvordan utfordrer de ulike utviklingsmåtene av KBP hverandre?.....</u>	84
5.4	<u>Hvordan utfordrer ergoterapeuter som har forankring i ulike diskurser hverandre, og hvilke utfordringer peker de på?.....</u>	86
6.	<u>Konklusjon.....</u>	92
6.1	<u>Innledning .....</u>	92
6.2	<u>Konklusjon og utfordringer fremover .....</u>	92

Kildeliste.....	96
-----------------	----

# 1. Innledning

## 1.1 Introduksjon til temaet og oppgaven.

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er for tiden et aktuelt tema i helsetjenesten. Det er et tema vi som helsearbeidere må forholde oss til. Masteroppgaven ga meg en mulighet til å sette meg inn i kunnskapsbasert praksis og belyse problemstillinger relatert til dette. Den ga meg anledning til å få et innblikk på området, ut fra eget ståsted som ergoterapeut ved et somatisk sykehus og masterstudent i helsefagvitenskap. Ved prosjektstart var kunnskapsbasert praksis bare et begrep for meg, men det var et begrep jeg ønsket å utforske. I oppgaven vil jeg hovedsakelig ha blikket rettet mot norske miljø og egen faggruppe, men også helt overfladisk mot det internasjonale miljøet og helsefaggrupper generelt.

Ved oppstart av dette prosjektet var det ingen som hadde undersøkt og presentert hvordan norske ergoterapeuter forstår og utvikler kunnskapsbasert praksis. Jeg valgte å sette fokus på dette, og valgte en åpen og bred tilnærming til temaet, en kvalitativ metode, siden det var et lite undersøkt område. Datainnsamlingen har foregått ved semistrukturerte individuelle intervju og ett fokusgruppeintervju. På bakgrunn av fokus for prosjektet har jeg valgt et kunnskapssosiologisk vitenskapsperspektiv og en konstruksjonistisk diskursanalytisk tilnærming.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.

I de senere årene har ”evidence - based medicine” og ”evidence - based practice” (EBP) vært i fokus i helsefagmiljøer internasjonalt, spesielt fra 1990-tallet og frem til i dag. Det har blitt dannet fagmiljøer, og det er utviklet databaser for å

gjøre forskningsresultater tilgjengelige og anvendelige for klinikere. På norsk omtales ofte "evidence - based practice" som "kunnskapsbasert praksis".

All helsefaglig praksis bygger på kunnskap fra forskjellige kilder, både erfaringsbasert kunnskap, teoretisk kunnskap, forskningsbasert kunnskap og ikke minst brukerkunnskap. Fagutvikling og forskning genererer stadig ny kunnskap. Dette skjer raskere og i et større omfang enn noen gang tidligere. Vi er som helsepersonell pålagt gjennom blant annet helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og offentlige føringer, å holde oss faglig oppdaterte og sikre at pasientbehandlingen vi utøver, er faglig forsvarlig. Hvordan kommer kunnskapsbasert praksis inn i dette? Det er fokus på å dokumentere helsetjenester, «bevise» at de har effekt, og sørge for at praksis er forskningsbasert og faglig oppdatert. Pasientene har blitt mer opplyste og har forventninger om gode og effektive helsetjenester. Både fra myndigheter og fra helsefagmiljøer er det føringer om kunnskapsbasert praksis.

KBP har vært tema i norske ergoterapimiljøer i flere år, men det er først i den senere tid det virkelig har blitt satt fokus på. Neste norske fagkongress i ergoterapi arrangeres i oktober 2009. Tema for den er: "Kunnskapsbasert ergoterapi for befolkning og samfunn". Fagbladet "Ergoterapeuten" har over flere år hatt noen artikler om temaet. I januar i 2008 utga "Ergoterapeuten" et temanummer om KBP og siden har flere utgaver hatt artikler om temaet. Høyskolelærerne ved alle ergoterapiutdanningene hadde i februar 2008 seminar om kunnskapsbasert undervisning.

Noen stiller spørsmål ved KBP. Liv Grethe Kinn omtaler KBP som et tveegget sverd for ergoterapi og andre helsefag. På den ene siden kan studier som viser effekt av behandling/tiltak styrke fagene, men mye helsearbeid kan ikke dokumenteres gjennom randomiserte kontrollerte studier. Vil dette arbeidet få mindre

oppmerksomhet og bli mindre verdsatt? Hva gjør det med fagutviklingen? Kan det føre til at vi får mer ”snevre” helsefag? (Kinn, 2005) Britt-Vigdis Ekeli stiller spørsmål ved blant annet kunnskapssynet/kunnskapsidealet i KBP og ved det praksisforbedrende potensialet til det evidensbaserte kunnskapssystemet. Systemet ble utviklet innenfor medisinen som system for å formidle forskningsresultater fra forskningsmiljø til klinikere. Hvordan er dette egnet i dagens komplekse og sammensatte sykdomspanorama?(Ekeli, 2002) Knut Rasmussen sier at ”the best external evidence from evidencebased medicine can guide, but never replace, our best clinical judgement when facing an individual patient” (Rasmussen, 2004 s.152). Han mener KBP i stor grad bare er en databasert tilnærming til det som gode leger alltid har gjort; ”compiling medical knowledge to the benefit of the patient”(Rasmussen, 2004 s.158). Rasmussen er også redd at KBP kan føre til en svekkelse av den «vitenskapelige nysgjerrigheten».

I dette møtet mellom føringer fra myndighetene og oppfordringer fra fagmiljøene om å jobbe kunnskapsbasert, og spørsmålene som reises i forhold til KBP, blir min undring vekket. Hva er egentlig KBP? Hvordan forstår helsearbeidere/ergoterapeuter KBP? Hvilket forhold er det mellom grunnleggende verdier og kunnskapsgrunnlaget i helsefagene/ergoterapi og kunnskapsbasert praksis? Hvordan har de tatt kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis? For å belyse dette, valgte jeg å intervjuere ergoterapeuter som har kompetanse på området.

Målgruppe for oppgaven tenker jeg er ”vanlige” ergoterapeuter, ergoterapeuter som er spesielt engasjert i KBP og helsepersonell fra andre faggrupper. Hensikten med oppgaven er å bidra til refleksjon og til diskusjon om KBP: At ergoterapeuter og andre helsearbeidere blir inspirert til å reflektere over hva KBP er, hva det fører til for helsefagene og hvordan de tar det i bruk i egen praksis, og også at vi kan få en opplysende og konstruktiv diskusjon om KBP i ergoterapimiljøet i Norge.

Dette leder frem til følgende problemstilling og forskningsspørsmål for undersøkelsen:

Problemstilling:

Hvordan forstår og utvikler ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver ergoterapeuter sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?
- Hvordan har de utviklet denne forståelsen?
- Hvordan ser ergoterapeuter på forholdet mellom eget fag og kunnskapsbasert praksis?
- Hvordan har de integrert denne forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?

### 1.3 Kunnskapsstatus og forskning på feltet.

Det er skrevet mye om KBP internasjonalt og også på norsk. Internasjonalt er det også mye forskning på feltet. Men norske kilder, skrevet av og for ergoterapeuter, er det foreløpige ikke mange av. Det har vært publisert noen artikler i "Ergoterapeuten" som beskriver KBP, og noen som omtales som eksempler på KBP. "Ergoterapeutens" Temanummeret om KBP(1/2008) og jubileumsbok (Horghagen et. al.(red.), 2007) anser jeg som viktige norske kilder på området. Det er skrevet om og forsket på KBP i ergoterapimiljøer i Australia, hvor de var tidlig ute, men også i blant annet Canada, USA og England.

Det er ikke konsensus om begrepsbruk på feltet. Kunnskapsbasert praksis og evidensbasert praksis brukes til dels om hverandre og til dels forskjellig. Hva som tas

med i kunnskapsgrunnlaget for KBP varierer. Noen inkluderer kun forskningsbasert kunnskap, først og fremst fra randomiserte kontrollerte studier. Andre tar også med kunnskap fra annen forskning, inkludert kvalitative studier. Noen regner med erfaringsbasert kunnskap og pasientens behov/preferanser i kunnskapsgrunnlaget for KBP. Mange opererer med et «evidenshierarki». Andre mener at problemstillingen må avgjøre metoden.

Noen stiller spørsmål ved kunnskapssynet i KBP. Ekeli skriver at KBP har blitt tatt i bruk uten at det bakenforliggende kunnskapssynet har blitt vurdert. Hun stiller også spørsmål ved oversettelsen av «evidencebased» til kunnskapsbasert. Hun mener bevisbasert er en mer dekkende beskrivelse på norsk. (Ekeli, 2002) Grete Hole imøtegår kritikken av KBP. Hun mener den baseres på feil grunnlag. Argumenter mot KBP er blant annet at det ikke finnes aktuell gyldig og god forskning, at forskningsresultatene ikke er samstemte eller at de er vanskelige å overføre til enkeltpasienter, og at KBP er tidkrevende. Dette mener hun ikke kan begrunne å la være å arbeide kunnskapsbasert. Det å vurdere tilgjengelig forskning kritisk, ta hensyn til pasientenes ønsker og bruke faglig skjønn, er viktige elementer i KBP i følge Hole. (Hole, 2008)

Noen forfattere stiller altså spørsmål ved KBP, hva det bygger på og hva det vil føre til. Men det meste av litteraturen på området handler om hvordan man kan jobbe kunnskapsbasert, søke etter aktuelle forskningsresultater i databaser, vurdere forskningsartikler og implementere funnene i praksis.



## **2. Teorigrunnlag og bakgrunnskunnskap**

I dette kapitlet presenterer jeg teorien og det vitenskapsteoretiske perspektivet som ligger til grunn for prosjektet. Kapitlet inneholder en introduksjon til kunnskapsbasert praksis, kort om grunnsynet og kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, kort om sosiologisk vitenskapsperspektiv inspirert av Berger og Luckmann og en kort beskrivelse av diskursanalyse med en konstruksjonistisk tilnærming. Til slutt i kapitlet skisseres den ”overordnede” konteksten for prosjektet.

### **2.1 Kunnskapsbasert praksis**

#### **2.1.1 Kunnskapsbasert praksis, en introduksjon.**

Evidence - based medicine ble et begrep allerede på 1970-tallet. Legen Archie Cochrane fant at medisinere i liten grad baserte sine kliniske beslutninger på forskningsbasert kunnskap. Dette ble sporen til opprettelsen av databaser som Cochrane Library, for å gjøre forskningsbasert kunnskap og systematiserte reviews tilgjengelige og anvendelige for klinikere. Tradisjonen ble fra 1990-tallet et tverrfaglig og internasjonalt satsningsområde og skulle bygge bro mellom forskning og praksis. (Wågø Aas, 2002)

Begrepet evidence - based practice er utbredt internasjonalt, men dette brukes også noen ganger snevert om å bygge på randomiserte kontrollerte studier. Pionerer for KBP Cochrane og Sackett og hans kollegaer, inkluderte klinisk erfaring og pasientens behov/tilstand i evidence-based practice. En mye brukt definisjon av evidence - based practice er: “Conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care for individual patient”.(Sackett et al.1996) De kom senere med en revidert versjon, hvor pasientkunnskap og hensynet til pasienten også ble vektlagt.

«Kunnskapsbasert praksis» er det begrepet som brukes om fenomenet i mye av litteraturen på norsk fra helsefagmiljøer i Norge. Begrepet blir ikke alltid definert. For å støtte opp om KBP, ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, også omtalt som kunnskapssenteret, etablert i 2004. (Jamtvedt & Nortvedt, 2008) Gro Jamtvedt og Monica Nortvedt sier de bruker og fortolker begrepet KBP som det samme som EBP. Begge innebærer i følge dem å bruke kunnskap fra forskning og kunnskap fra andre kilder i faglige beslutninger. Kunnskapsbasert sier ikke noe om hvilke kunnskapsformer som skal vektlegges. Konseptet innebærer at tiltak bør baseres på god forskningsbasert kunnskap dersom dette er tilgjengelig. De sier også at forskningsbasert kunnskap kan bidra til forståelse for fenomener, brukererfaringer og opplevelser, og dermed bidra til bedre praksis. Fagutøvelsen kan ikke baseres bare på forskningsbasert kunnskap. Klinisk erfaring, etisk vurdering og å ta hensyn til pasientens preferanser er også nødvendig. De sier rammevilkår som politikk, ressurser, kultur og verdier, også påvirker pasienten og forskningen. Dette kaller de konteksten. Kunnskapssenteret beskriver kunnskapsbasert praksis ved hjelp av en modell med tre elementer: Bruerkunnskap og brukermedvirkning, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap i en kontekst. KBP er kjernen i denne modellen, hvor de tre elementene møtes. (Vedlegg 5) (Jamtvedt & Nortvedt, 2008)

Kunnskapssenteret presenterer hvordan man kan arbeide KBP, gjennom seks trinn: Refleksjon, spørsmålsstilling, litteratursøk, kritisk vurdere, anvende og evaluere. Trinnene er satt opp i en sirkel. Refleksjon vil si refleksjon i praksis og erkjennelse av hvilket informasjonsbehov man har. Under spørsmål avklares hvilken type kjernespørsmål man har og dermed hva slags kunnskap man er ute etter og hvilket studiedesign som er egnet til å belyse dette spørsmålet. For å komme frem til konkrete spørsmål og søkeord til databaser, kan PICO spørsmål være til hjelp. Bokstavene står for pasient/problem, intervensjon/eksposisjon/fenomen, comparison/control og outcome. Så følger litteratursøk i egnet database, og deretter kritisk vurdering av de artiklene man finner. Det er utarbeidet sjekklister for kritisk vurdering av ulike typer forskningsartikler. Så kommer anvendelse av aktuelle funn i

praksis.(Jamtvedt & Nortvedt, 2008) Selv om man har funnet tilsynelatende relevant forskning, er det ikke sikkert det er overførbart til egen praksis eller den aktuelle pasienten. Randi Wågø Aas har skrevet illustrerende om disse translasjonsutfordringene.(Wågø Aas, 2007) Siste trinn er å evaluere praksis. Dette sier Jamtvedt og Nortvedt kan være å evaluere egen praksis, blir brukerne bedre? Eller det kan være å vurdere praksis i forhold til faglige retningslinjer. Kunnskapssenteret har utarbeidet et nettbasert kurs i KBP. Dette er tilgjengelig for alle, men målgruppen er i første omgang helsepersonell. (Jamtvedt & Nortvedt, 2008)

Det er ikke konsensus om hvilken kunnskap som inngår i KBP. Kunnskapsgrunnlaget i KBP inneholder i følge Jamtvedt og Nortvedt: Forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukervedvirkning i en kontekst. (Jamtvedt og Nortvedt, 2008) Forskjellige forfattere opererer med forskjellige evidenshierarki. Noen opererer ikke med et hierarki, men mener problemstillingen må styre metodevalget som for eksempel Bennett, som presenterer et hierarki for evidens basert på de kliniske spørsmålene man ønsker svar på; diagnose/test, behandling, forebygging, prognose, pasienterfaringer eller økonomiske vurderinger. Hver spørsmålstype presenteres med et eget hierarki.(Bennett, 2000) Randomiserte kontrollerte studier omtales ofte som ”gullstandarden”. Slike studier eller helst metaanalyser av slike studier, er det designet som anses best egnet til å vurdere effekt av behandling.(Sackett et al.1996, Wågø Aas, 2003)

Blant andre Ekeli og Kinn stiller seg kritiske til KBP. De er kritiske til en snever bruk av begrepet kunnskapsbasert som nærmest synonymt med forskningsbasert, og da også basert på randomiserte kontrollerte studier. De mener dette ikke er tilstrekkelig for å favne bredden i helsefagene, og at dette heller ikke er tilstrekkelig for å planlegge for enkeltpasienter. (Ekeli, 2002 og Kinn, 2005) Relasjoner, hensynet til den enkelte pasient og helsearbeiderens kliniske skjønn og erfaring fanges ikke opp av randomiserte kontrollerte studier. (Engelsrud & Schriver, 2005) I Danmark pågår

en metodedebatt om evidensbegrepet og hvilken innflytelse evidensbasert kunnskap basert på randomiserte kontrollerte studier har/bør ha på blant annet helsepolitiske beslutninger. Et nytt begrep, ”evidenstypologi”, ble introdusert som alternativ eller supplement til evidenshierarki. (Rieper & Foss Hansen, 2007) De mener utfordringen er å tilpasse undersøkelsesdesign til problemstillingen man skal belyse. Noen kritiserer KBP for å fremme ”kokebokmedisin”, blant andre Tor Johan Ekeland. Han mener KBP fører til at klinkernes skjønn begrenses og at de blir ”styrte” gjennom standardiserte opplegg. (Ekeland, 2004)

M Clare Taylor sier at KBP bør sees på som en måte å vurdere hver intervensjon og handling kritisk, og slik sett er det bare en av flere redskaper for klinisk resonnering og reflektert praksis. ”However, because of the use of the up-to-date best evidence, evidence-based practice is a powerful tool.”(Taylor, 2007, s.2) Det er altså flere måter å beskrive og å forholde seg til KBP på. Forskjellige forfattere presenterer forskjellige fremstillinger og forståelser av KBP.

### **2.1.2 Kunnskapsbasert ergoterapi**

Kunnskapssenterets beskrivelse av KBP blir presentert i norske helsefagmiljøer, også blant ergoterapeuter. Gjennom temanummeret til ”Ergoterapeuten” ble deres beskrivelse av fenomenet gjort kjent bredt i norske ergoterapimiljøer. (Jamtvedt & Nortvedt, 2008) Her ble det også henvist til Bennetts modell for kunnskapsbasert ergoterapi. (Vedlegg 6) Denne modellen har pasienten i sin kontekst som kjerne. Utenpå dette følger ergoterapien i dennes kontekst. Ytterst i modellen er KBP; kliniske spørsmål, litteratursøking, vurdering av artikler og anvendelse av «evidens» fra forskning. (Bennett 2000)

M Clare Taylor beskriver hvordan ergoterapeuter kan arbeide kunnskapsbasert, blant annet hvilke databaser man kan benytte for å belyse spørsmål som er aktuelle for ergoterapeuter. Hun gjengir definisjonen på kunnskapsbasert ergoterapi som det kanadiske ergoterapeutforbundet anvender: "Client-centred enablement of occupation, based on client information and a critical review of relevant research, expert consensus and past experience." (Taylor, 2007, s.3) Hun gjengir også Rappolts modell for en klientsentrert evidensbasert ergoterapiprosess. Den består av fem trinn, først "Client Evidence", så "Reserch Evidence", "Integration of Evidence" "Decision Making" og "Enablement & Evaluation". (Taylor, 2007, s.133) Med henvisning til Gray beskriver hun at filosofien for ledelsen i helsetjenesten i det 21. århundre vil være å gjøre de riktige tingene riktig. Avgjørelser skal være basert på god evidens og dette kan ha betydning for den kliniske praksis sin natur. Forskning og klinikk må nærme seg hverandre. Praksis må underbygges med gyldig evidens så klinikere kan vise ledelsen i helsetjenesten at de gjør de riktige tingene riktig. Problemet for ergoterapeuter er ofte å definere og måle hva god og gyldig evidens er. (Taylor, 2007)

KBP er i en utviklingsfase i norske ergoterapimiljø. I ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer heter det at ergoterapeutene "driver kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra et brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne erfaringer og dokumentasjon i teori og forskning". (NETF.no, 2006) Denne formuleringen ble tatt inn uten at KBP var definert. I november 2008, etter datainnsamlingen i dette prosjektet, presenterte Norsk Ergoterapeutforbund (NETF) ny informasjon om kunnskapsbasert ergoterapi på sine nettsider. Her beskrives KBP, og modellen til kunnskapssenteret blir presentert. Kunnskapsbasert ergoterapi blir her definert av NETF som: "Muliggjøring av deltagelse og aktivitet basert på borgerens preferanser og ønsker, ekspert- og erfaringsbasert viten og systematisk innhentet forskning. Dette innebærer en resonneringsprosess med en integrering av ulike typer kunnskap, brukerkunnskap, erfaringskunnskap og forskningskunnskap. Denne kunnskapen står i ulike samfunnmessige kontekster slik at kunnskap om eks. lover, faglige retningslinjer, organisering av helse- og sosialtjenester er også en nødvendig

kunnskapsbase i tjenesteyting.” De beskriver også seks trinn i kunnskapsbasert ergoterapi: Trinn 1 og 2: Refleksjon og spørsmålsformulering, Trinn 3a,b,c: Søk brukerkunnskap, søk ekspert- og erfaringskunnskap, søk forskningskunnskap, Trinn 4: Vurder kunnskapen, Trinn 5: Anvende kunnskapen og Trinn 6: Evaluer prosessen. (NETF.no, 2008-1)

## 2.2 Ergoterapi, grunnsyn og kunnskapsgrunnlag

Siden jeg blant annet vil belyse hvordan ergoterapeuter ser på forholdet mellom eget fag og KBP, presenterer jeg her kort grunnsynet og kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi.

Den betydning menneskets aktivitet og deltagelse i hverdagslivet har for helse og livskvalitet, er utgangspunktet for ergoterapi og ergoterapeutisk intervensjon. Alle mennesker har behov for å utføre meningsfulle, nødvendige eller viktige aktiviteter for å delta i hverdags- og samfunnslivet. Det overordnede målet med ergoterapi er å muliggjøre aktiviteter og deltagelse i hverdagsliv og samfunnsliv. Hverdagslivet forstås som integrert i samfunnets sosiale praksis. Mennesker er sosiale vesener som utvikler seg i et dynamisk samspill med omverdenen gjennom aktivitet og deltagelse. Mennesker forstås som hele, likeverdige vesener med mentale og kroppslige funksjoner i dynamiske vekselvirkninger.(Borg et. al., 2007)

Ergoterapiintervensjonen kan rette seg mot individer, grupper eller omgivelser, og kan beskrives som helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling, rehabilitering, kompenserende tiltak og vedlikeholdende tiltak. Intervensjonen kan rette seg mot det enkelte menneskets forutsetninger for aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, hverdagsaktivitetenes art, sammensetning og betydning, og de menneskeskapte omgivelser og de ikke - menneskeskapte omgivelser og samspillet mellom disse faktorene.(Borg et. al., 2007) Aktivitet anvendes både som middel og mål i ergoterapi i følge Trombly. (Trombly, 2002) Målet for ergoterapiintervensjonen

er at pasienten skal kunne utføre nødvendige/meningsfylte aktiviteter, og for å oppnå dette, anvender ergoterapeuten tilrettelagte aktiviteter i behandlingen.

Ergoterapi omtales ofte som klientsentrert praksis. Her henvises blant annet til Kielhofner. I ”Conceptual Foundation” beskriver han verdiene i faget i fem tema: “Client - centred practice, occupation, value of the patients perspective, active engagement and empowerment and balancing art and science”.(Borg et.al., 2007, s. 166)

Grete Alve analyserte lærebøker i ergoterapi i forbindelse med sitt doktorgradsarbeid, ”En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter”. Hun konkluderte med at ergoterapeuter i dag har forankring i to diskursive tankemåter, en medisinsk tenkning og en hverdagslivstenkning. ”På den ene siden handler ergoterapi om å forstå og behandle pasientenes sykdom, skade og symptomer. Her stilles det krav til kompetanse rettet mot kartlegging og trening av kroppslige funksjoner. På den andre siden handler faget om tiltak rettet mot pasientenes situasjonelle virkelighet. Her rettes terapeutens kompetanse mot hverdagslige aktiviteter som har betydning for pasientens hverdagsliv.” (Alve, 2006, s.106)

Den amerikanske samfunnsforskeren Thomas Scwandt beskriver to ”sameksisterende” forståelser i helsearbeid. Han bruker rehabilitering som eksempel. Det kan beskrives som intervensjon og resultat, eller som prosess og støtte til forandring. Disse to forståelsene belyses med forskjellige forskningsdesign, det første med en kvantitativ tilnærming og det andre med en kvalitativ tilnærming. (Borg et.al., 2007) Når man ser denne forståelsen i forhold til de to diskursive tankemåtene som Alve beskriver, finner jeg at det er stort samsvar mellom dem.

Ergoterapi er et fag i utvikling, og vi lever i en tid med endringer i omgivelsene og samfunnet rundt oss. Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi slik det presenteres på NETF.no, ble revidert i oktober 2008. Der heter det at ”ergoterapifagets grunnlag ligger i flere skjæringspunkt med ulike kunnskapssyn”. Faget inkluderer både medisin- og naturvitenskap og samfunns- og humanvitenskap. ”Faget har forankring både i positivistisk og fenomenologisk tradisjon”. ”Dette gir ergoterapeuter rike analysemuligheter og forståelsesrammer for menneskelig aktivitet.”(NETF.no, 2008-2)

## 2.3 Vitenskapsteoretisk perspektiv og teoretisk tilnærming i studien.

### 2.3.1 Overordnet vitenskapsteoretisk perspektiv

Fokus for dette prosjektet er hvordan ergoterapeuter forstår og utvikler kunnskapsbasert praksis. En sosiologisk tilnærming ser jeg da som et egnet perspektiv. Jeg har valgt en kunnskapssosiologisk tilnærming, hovedsakelig inspirert av Berger og Luckmann sin klassiker, ”Den samfunnsskapede virkelighet”.(Berger & Luckmann, 2000) De sier at ”kunnskapssosiologien må befatte seg med alt som kan gå for å være ”kunnskap” i samfunnet”.(Berger & Luckmann, 2000, s. 35)

Virkeligheten skapes av samfunnet og kunnskapssosiologien må analysere prosessen der det skjer. De definerer ”virkelighet” som ”en kvalitet som er knyttet til fenomener som vi erkjenner har en eksistens uavhengig av vår egen vilje” og ”kunnskap” som ”vissheten om at fenomener er virkelige og at de er i besittelse av visse karakteristika”.(Berger & Luckmann, 2000, s.24) Den sosiologiske forståelsen av virkelighet og kunnskap befinner seg et sted mellom ”mannen i gatas” forståelse og filosofens forståelse. Virkeligheter skapes, opprettholdes og kan gå tapt. Hva som er ”virkelig” for individene varierer fra samfunn til samfunn. Hva som er kunnskap er forskjellig fra individ til individ.(Berger & Luckmann, 2000, s.25-26)



Mennesket skaper og blir skapt av samfunnet. Den sosiale virkelighet består av samfunnsskapte fortolkninger og fortolkningsmønstre som utvikles, overføres og vedlikeholdes i sosiale situasjoner. Den teoretiske konstruksjonen befinner seg i den praktiske virkeligheten. Språket endres, begreper kommer og går. Den samfunnsskapte virkeligheten er i stadig endring. (Berger & Luckmann, 2000) Jeg har valgt dette perspektivet fordi jeg ser på det som egnet til å belyse problemstillingen i denne studien. Begrepet kunnskapsbasert praksis har blitt en del av ergoterapeutenes virkelighet i det norske samfunnet de senere årene. Dette innebærer at ergoterapeuter må sette seg inn i og forholde seg til den ”nye” kunnskapen i sin egen kontekst. Forståelsen av begrepet KBP og utviklingen av KBP inn i praksis, formes av og i fagmiljøene og på arbeidsplassene. Berger og Luckmann sitt perspektiv kan bidra til å kaste lys over disse forholdene.

### **2.3.2 Diskursanalyse**

I denne oppgaven har jeg valgt en sosialkonstruksjonistisk diskursanalytisk tilnærming. Diskursanalyse innebærer både en metode og en teoretisk tilnærming. Jeg har funnet inspirasjon hos Margaretha Järvinen, Ingrid Sahlin, Michel Foucault, Marianne Winther Jørgensen og Louise Phillips, Norman Fairclough og Ian Parker. De tre førstnevnte har gitt inspirasjon på et mer overordnet teoretisk nivå og belyst tankegangen i tilnærmingen. De siste har også gitt ideer til konkrete fremgangsmåter.

Michel Foucault var den som for alvor satte i gang diskursanalysen ved å utvikle teori og begreper og å gjennomføre empiriske undersøkelser. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999 og Sahlin, 1999) Foucault definerte diskurs som “a group of statements in so far as they belong to the same discursive formation; ...., it is made up of a limited number of statements for which a group of conditions of existence can be defined.” (Foucault, 1972, s.117) I følge Winther Jørgensen og Phillips følger de fleste diskursanalytiske tilganger nå Foucaults syn på diskurser som forholdsvis

regelbundne og som grensesettende for hva som gir mening. Derimot bryter de med hans tendens til å identifisere bare ett kunnskapsregime i hver historiske epoke. Nå sees det gjerne flere forskjellige diskurser som eksisterer ved siden av hverandre og kjemper om retten til å avgjøre sannheten. Foucault beskrev utgangspunktet for diskursanalysens subjektforståelse; subjekter skapes i diskurser. Individet blir et medium for kulturen og dens språk. Dette er en annen subjektforståelse enn den vanlige vestlige, hvor subjektet er autonomt. I følge Foucault kommer man aldri fram til "Sannheten", man kommer aldri til en posisjon utenfor diskursene.(Winther Jørgensen & Phillips, 1999)

Margaretha Järvinen beskriver tilnærminger inspirert av blant annet Berger og Luckmann. Betydningen av en handling eller et fenomen skapes i interaksjon mellom mennesker eller mellom mennesker og ting, og kan kun bestemmes situasjonelt i sin kontekst. Man kan undersøke hvordan nettverk eller samfunnsdiskurser materialiserer seg i subjekter og setter rammen for aktørers handlinger.(Järvinen & Miik-Meyer, 2005) En diskurs kan defineres som: "En bestemt måte at tale om og forstå verden (eller udsnitt av verden) på".(Winther Jørgensen & Phillips, 1999, s.9) Ingrid Sahlin beskriver diskurs som innholdet i det vi sier og skriver og måten vi gjør det på.(Sahlin, 1999) Winther Jørgensen og Phillips beskriver at diskursanalysen leverer redskap for å undersøke hvordan betydning skapes sosialt, og hvilken virkning bestemte verdensbilder har for våre sosiale liv. De presenterer forskjellige tilganger til diskursanalyse. Disse har felles utgangspunkt; at våre måter å snakke på ikke avspeiler vår omverden, våre identiteter og sosiale relasjoner nøytralt, men spiller en aktiv rolle i å skape og forandre dem. Språket er strukturert i mønstre eller diskurser. Hvordan de diskursive mønstrene vedlikeholdes og endres skal undersøkes i de konkrete kontekstene.(Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Ingrid Sahlin beskriver to typer kontekster, en diskursiv, som består av andre diskurser, avgrenset i tid og emne, og en sosial eller samfunnsmessig kontekst. Diskurser står i et dialektisk forhold til samfunnet.(Sahlin, 1999)

Generelle filosofiske antagelser som ligger til grunn for de fleste diskursanalytiske tilganger er: En kritisk innstilling til selvfølgelig viten, historisk og kulturell spesifisitet, sammenheng mellom kunnskap og sosiale prosesser og sammenheng mellom kunnskap og sosial handling. Kunnskap og identiteter er i prinsippet foranderlige, men er i konkrete situasjoner relativt fastlåste. Winther Jørgensen og Phillips foreslår at man ser diskurs som et analytisk begrep man som forsker anvender for å skape en ramme for undersøkelsen sin, mer enn noe som finnes ferdig avgrenset i virkeligheten. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999)

Norman Fairclough har utviklet en metode for kritisk diskursanalyse. Kritisk diskursanalyse ser det som sin oppgave å avsløre den diskursive praksis sin rolle i opprettholdelsen av den sosiale verden. Ved å trekke på eksisterende diskurser på nye måter, skaper man forandring. Fairclough beskriver at analysen har tre nivå: Analyse av tekst, diskursiv praksis og sosial praksis. Han beskriver flere redskaper for tekstanalyse. For å analysere den bredere sosiale praksis, kan man bruke sosiologisk teori og kulturteori. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Som sosialkonstruksjonist finner man ikke ”sannheten”, men man kan åpne for andre konstruksjoner av forståelse og betydning av fenomener og begreper. (Winther Jørgensen og Phillips, 1999) Tankegangen som ligger i en slik diskursanalytisk tilnærming, anser jeg som egnet til å belyse hvordan ergoterapeuter forstår og utvikler kunnskapsbasert praksis. Den gir rom for å belyse ulike forståelser og ulike diskurser i ulike kontekster.

## 2.4 Konteksten for studien, på “overordnet nivå”.

Når man forsker med en diskursanalytisk tilnærming, er både diskurs og kontekst i fokus. Diskursene befinner seg alltid i en kontekst. (Sahlin, 1999 og Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Konteksten skisseres ofte som en bakgrunn, et ”bakteppe” for diskursene. (Sahlin, 1999) Her vil jeg skissere min konstruksjon av kontekster på et ”overordnet nivå”, som jeg anser aktuelle i denne undersøkelsen. Vi

kan si det er flere ”nivåer” på konteksten i denne studien. Alle informantene har lokale kontekster. Disse beskrives i kapittel 4. Utover den lokale konteksten har vi miljø på fylkesnivå/regionnivå. Så har vi nasjonalt nivå for eget fagmiljø, for helsetjenesten og samfunnet generelt. Videre er vi en skandinavisk velferdsstat og i den ”vestlige” verden, og vi har ergoterapimiljø, helsefagmiljø og ”evidensbevegelsen” på verdensbasis.

Alle informantene er en del av ergoterapimiljøet i Norge gjennom sin ergoterapeututdanning. Fagbladet ”Ergoterapeuten” og Norsk Ergoterapeutforbund sine nettsider er viktige felles informasjons- og diskusjonsfora for norske ergoterapeuter. ”Ergoterapeuten” har satt KBP på dagsordenen. I juni 2008 kom den første artikkelen i ”Ergoterapeuten” som oppfordret til diskusjon av KBP, ikke ”bare” til implementering. (Gramstad & Jentoft, 2008). De presenterte en annen forståelse av KBP og stilte kritiske spørsmål til KBP. Temaet for den neste nasjonale fagkongressen i ergoterapi i oktober i 2009 er som tidligere nevnt ”kunnskapsbasert ergoterapi for befolkning og samfunn”. Høyskolene hvor ergoterapeuter får sin grunnutdanning har stor innflytelse. Forskningsmiljø hvor vi finner ergoterapeuter har vi i blant annet i helsetjenesten og høyskolene. Profilerte fagpersoner har også innflytelse på fagmiljøet. Det finnes nå nettbaserte utdanninger i kunnskapsbasert praksis, både særfaglige og tverrfaglige. Fra høsten 2009 starter høyskolen i Bergen en tverrfaglig masterutdanning i kunnskapsbasert praksis.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har innflytelse på hvordan KBP forstås og anvendes i helsefagmiljø i Norge, og diskursene i de forskjellige faggruppene og de tverrfaglige miljøene på ulike nivå i helsevesenet danner kontekst for hverandre. Det er føringer fra helseforetaksledelser, helseregionnivå og myndighetsnivå om KBP. Helse Sør - Øst har for eksempel tatt inn bruk av kunnskapsbasert praksis i sin strategiske plan. Helsepersonell er lovpålagt å holde seg faglig oppdatert og å utvikle

behandlingstilbudet til pasientenes beste. Men rammebetingelser, som tid og økonomi, samsvarer ikke alltid med disse føringene.

Samfunnet generelt og diskursene danner kontekst for helsetjenesten.

Markedsdiskurser er i ferd med å kolonisere offentlige tjenesters diskursive praksis. Velferdsdiskursen kjemper nå med andre diskurser som den ”nyliberalistiske” forbrukerdiskursen. Folk blir først og fremst forbrukere, ikke borgere. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Pasienter er (for)brukere av helsetjenester. Ansvar for egen helse og egen behandling legges over på den enkelte. Markedsdiskursen fører med seg en effektiviseringsdiskurs. De tiltakene som er vist effektive økonomisk og behandlingsmessig gjennom forskning, prioriteres. Da er vi over i en forskningsbaseringsdiskurs, og en standardiseringsdiskurs. Så har vi kvalitetsutviklingsdiskursen, hva er forsvarlig nivå på kvaliteten på tjenestene, og risikovurderingsdiskursen, man må vurdere risiko av vedtak. Nå har fornyings- og administrasjonsminister Heidi Grande Røis erklært at vi ikke lenger skal ha ”New Public Management” og tilnærmingen til innbyggerne som kunder. I stedet skal det komme økt forståelse for rettssikkerhet, trygghet og kollektive goder. (Mortvedt, 2008).

Den norske helsetjenesten har det internasjonale miljøet som kontekst. Alle kan nå kommunisere med ”verden” via internett. Vi i Norge er en del av et verdensomspennende nettverk og vi kan ha gjensidig nytte av hverandres kunnskap og forskning. Verdens helseorganisasjon har satt KBP på dagsordenen. På deres nettsider finner man både beskrivelser av KBP og aktuell forskning.

”Evidensbevegelsen” er en internasjonal bevegelse. Det er dannet internasjonale nettverk og databaser for forskjellige forskningsområder. Enkelte miljøer har blitt foregangsmiljøer, som for eksempel Cochrane collaboration. OT-seeker er et eksempel på en database med ergoterapirelevante artikler og henvisninger. Alt dette er med å danne kontekst for denne studien.

### 3. Metodisk tilnærming til intervju og analyse

#### 3.1 Planlegging og gjennomføring av datainnsamling

For å belyse problemstillingen i denne studien, valgte jeg en kvalitativ tilnærming med en kombinasjon av semistrukturerte individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Ved å velge kvalitativt intervju som metode, får man mulighet til å møte informantene og temaet med en åpen og utforskende innstilling. Det gir mulighet til å få frem informantenes egne beskrivelser. Jeg ser derfor på dette som en egnet metode for å belyse hvordan informantene forstår og utvikler KBP. Kvalitative individuelle intervju gir mulighet til å gå i dybden med hver informant og få et innblikk i informantens forståelser og beskrivelser. Men dette er tidkrevende å gjennomføre, og man må derfor forholde seg til et begrenset antall informanter. Fokusgruppeintervju er en annerledes metode. Man får også her innblikk i informantenes egne forståelser og beskrivelser, men på et mer overfladisk nivå. Man når mange informanter og får mye data på kort tid. (Wibeck, 2000) Jeg valgte fokusgruppeintervju for å nå flere informanter på samme arbeidsplass i en travel klinisk hverdag.

Datamaterialet ble skapt gjennom fire individuelle intervju og et fokusgruppeintervju i løpet av høsten 2008. Alle informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv (Vedlegg 3) via e-post før intervjuet. I forkant av selve intervjuet gjenga jeg kort innholdet i dette, og tok i mot underskrevne samtykkeerklæringer. Jeg valgte å bygge på at informantene og jeg hadde en felles fagbakgrunn som ergoterapeuter i intervjuene, blant annet gjennom å henvise til "Ergoterapeuten". Alle intervjuene varte omtrent en time og de ble tatt opp og transkribert i etterkant. Studien ble lagt frem for regional etisk komité (REK) og vurdert som ikke søknadspliktig. (Vedlegg 1) Studien er meldt til og registrert hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). (Vedlegg 2)

### **3.1.1 Planlegging og gjennomføring av de individuelle intervjuene**

Det kvalitative, semistrukturerte forskningsintervjuet beskrives av Steinar Kvale som et produksjonssted for kunnskap. Et intervju er ”en utveksling av synspunkter mellom to personer som samtaler om et tema som opptar dem begge”. (Kvale, 1997 s.17) I denne studien var både informant og intervjuer opptatt av temaet KBP. Jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4) til de individuelle intervjuene. Dette gjorde jeg med bakgrunn i problemstillingen, forskningsspørsmålene og litteraturstudier om temaet KBP. Forskningsspørsmålene utviklet seg noe parallelt med intervjuguiden. Før selve datainnsamlingen hadde jeg et pilotintervju, og endret etter dette litt på intervjuguiden. Jeg la til et spørsmål om hvorvidt de foretrakk begrepet KBP eller EBP og et om brukermedvirkning/klientsentrert praksis og KBP. I tillegg tilpasset jeg strukturen på intervjuguiden til forskningsspørsmålene. Jeg hadde med sitatet fra yrkesetiske retningslinjer som gjengis i intervjuguiden i alle de individuelle intervjuene, siden jeg stilte spørsmål basert på dette. Modellen for KBP fra kunnskapssenteret (vedlegg 5) hadde jeg med meg som et utgangspunkt for refleksjon. Jeg stilte meg fleksibel i forhold til tid og sted for intervju, og tilpasset det slik som det passet for informantene. To av de individuelle intervjuene ble holdt på informantenes arbeidsplass, et på en kafé og et hjemme hos informanten. Med unntak av intervjuet på kafé, ble alle intervjuene holdt i rolige omgivelser, skjermet for forstyrrelser.

### **3.1.2 Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet**

Fokusgruppeintervjuet fant sted etter de individuelle intervjuene. Jeg hadde en gruppe med fire deltagere som fikk anledning til å diskutere tema relatert til KBP med hverandre i et tidsrom på en time. Jeg fungerte som gruppeleder og ga dem temaene for diskusjonen. Fokusgruppeintervju er egnet til å finne frem til diskurser i følge Wibeck. (Wibeck, 2000) Til fokusgruppeintervjuet utarbeidet jeg en egen intervjuguide (Vedlegg 7) basert på intervjuguiden fra de individuelle intervjuene. Her valgte jeg å legge mer vekt på praksis enn i de individuelle intervjuene, siden alle

som deltok i fokusgruppa var klinikere. I tillegg til intervjuguiden hadde jeg med KBP - modellen fra kunnskapssenteret, som et utgangspunkt for diskusjon. Spørsmålene/temaene ble presentert for fokusgruppa via lysbildefremvisning på en PC. Fokusgruppeintervjuet ble holdt på informantenes arbeidsplass.

Det anbefales gjerne å ha en ”medleder” i et fokusgruppeintervju. (Wibeck, 2000) Jeg valgte å ikke ha med noen utenfra, siden gruppa var på bare fire personer, og det viste seg at jeg hadde litt kjennskap til en av deltakerne fra før. Jeg avtalte med vedkommende å bistå med å styre tiden og å være ordstyrer, dersom det skulle bli nødvendig. Dette ble avklart med de andre informantene ved oppstart av intervjuet. Det viste seg at det ikke var nødvendig med noen medleder, og denne personen fikk derfor en lik rolle som de andre. Alle deltagerne i fokusgruppa kjente hverandre fra før. De var høflige og strukturerte, og de ga hverandre tur underveis. Under fokusgruppeintervjuet var jeg oppmerksom på at det var informantene som skulle diskutere og ha en dialog seg i mellom. I begynnelsen merket jeg at de vendte seg mot meg når de snakket, men dette endret seg raskt, og de henvendte seg i stedet mer mot hverandre.

### **3.1.3 Utvelgelse og presentasjon av informantene.**

Jeg valgte å avgrense valget av informanter til egen faggruppe, ergoterapeuter, selv om KBP er aktuelt for alle helsearbeidere. Ergoterapimiljøet i Norge er nå inne i en prosess etter at KBP kom inn. Andre faggrupper har ikke nødvendigvis samme prosess i forbindelse med dette temaet. Som tidligere nevnt, er det så vidt jeg vet ikke gjort noen undersøkelse av norske ergoterapeuters forståelse av KBP tidligere. Jeg synes derfor det var interessant å se på egen faggruppe, men det var også en praktisk avgrensning for å få gjennomført datainnsamlingen. Jeg la vekt på å få bredde og variasjon i utvalget, og valgte derfor informanter som hadde uttrykt forskjellig innstilling i forhold til KBP, som hadde erfaring fra forskjellige arbeidsområder, og



som hadde tilknytning til forskjellige deler av landet. Informantene ble valgt i samarbeid med veileder.

Informantene til de individuelle intervjuene kontaktet jeg direkte via e-post og/ eller telefon med spørsmål om de var villige til å delta i undersøkelsen, og vi avtalte tid og sted for intervjuet. Det var bare en person som ble spurt som ikke sa ja til å delta. Jeg hadde også aktuelle personer som ikke ble kontaktet, siden jeg hadde rekruttert tilstrekkelig informanter. Jeg fikk kjennskap til at alle ergoterapeutene ved et somatisk sykehus hadde deltatt i internundervisning om KBP. Jeg kontaktet lederen for ergoterapitjenesten der med forespørsel om å holde fokusgruppeintervju. Dette stilte hun seg positiv til, og hun ga meg en kontaktperson. Denne kontaktpersonen rekrutterte deltakerne og valgte tid og sted for intervjuet. Vi snakket sammen på telefon om hvilke kriterier de skulle velges ut fra; at det var ønskelig at de var forskjellige, blant annet at de hadde ulik erfaring og ulikt syn på KBP slik at det ble bredde og variasjon, og mulighet for diskusjon i gruppa. Resultatet ble en godt sammensatt gruppe, med spredning i alder, antall år i yrket og forståelse av og erfaring med KBP. Det var i utgangpunktet et strategisk valg å ha fokusgruppa på et arbeidssted. Jeg antok at det var lettere å få samlet en gruppe på den måten. Det viste seg også å fungere i praksis, og jeg fikk utviklet datamaterialet med data av en annen kvalitet enn i de individuelle intervjuene.

Alle informantene var altså utdannet ergoterapeut og hadde arbeidserfaring som ergoterapeut. Noen var relativt nyutdannede, mens andre hadde jobbet i mange år. Informantene hadde arbeidserfaring som ergoterapeuter innen kommunehelsetjeneste, psykiatri, somatiske sykehus og arbeidshelse/bedriftshelsetjeneste. Noen hadde også erfaring som høyskolelærere og forskere. Geografisk var de spredt over store deler av landet, med tilknytning til Nord – Norge, Vestlandet, Østlandet og Trøndelag. For å få bredde og variasjon i materialet, var det vesentlig at informantene hadde ulik bakgrunn. Alle informantene hadde noe kompetanse på kunnskapsbasert praksis.

Noen hadde jobbet med temaet på egenhånd eller sammen med kollegaer, mens andre hadde fått kunnskap om det gjennom utdanningen, gjennom videreutdanning eller gjennom internundervisning om temaet på arbeidsplassen sin.

Jeg har valgt å gi informantene fiktive navn med alfabetet som utgangspunkt. Pilotinformanten fikk navnet Anna. Informantene i de individuelle intervjuene har jeg kalt Berit, Caroline, Dorte og Eva. Informantene i fokusgruppa har fått navnene Finn, Gro, Hanne og Ingrid.

Berit var forholdsvis nyutdannet ergoterapeut. Hun var ansatt i sin første jobb på et dagsenter i en kommune, og hun hadde begynt på masterutdanning.

Caroline hadde lang erfaring som ergoterapeut i psykiatrien og som høyskolelærer. Hun hadde fullført hovedfag og hadde nå en stipendatstilling.

Dorte hadde mange års erfaring fra kommunehelsetjenesten. Hun hadde fullført mastergradsutdanning og var nå doktorgradsstipendiat.

Eva hadde mange års erfaring fra bedriftshelsetjeneste. Hun hadde nå en forskerstilling og jobbet mot en doktorgrad.

Alle i fokusgruppa jobbet på det samme somatiske sykehuset og var aktive klinikere. Finn var relativt nyutdannet. Gro, Hanne og Ingrid hadde lang erfaring på dette sykehuset. Gro og Hanne var også mastergradsstudenter.

### 3.2 Planlegging og gjennomføring av analysearbeidet.

Når man jobber med kvalitativ forskning, må hele forskningsdesignet tilpasses til det aktuelle prosjektet. Dette gjelder også analysen. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Som beskrevet under 2.3.2, valgte jeg en diskursanalytisk tilnærming i denne studien, inspirert av blant annet Parker, Fairclough, Winther Jørgensen og Phillips.

Diskursene i seg selv er i fokus for analysen. Man arbeider med hva som faktisk ble sagt, finner mønstre i utsagnene og ser dette i den aktuelle konteksten. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999)

Analysearbeidet pågår gjennom hele prosjektet, og analysen av data fra intervjuene starter allerede under selve intervjuet. (Kvale, 1997) Så fort jeg hadde anledning, laget jeg et kort notat etter hvert intervju. Disse notatene omhandlet tema som hvordan intervjuet forløp, egen rolle og hva som umiddelbart trådte frem som vesentlig i intervjuet. Dette var med videre i analysearbeidet. Transkriberingen foregikk parallelt med intervjuene inntil alle intervjuene var gjennomført. Jeg transkriberte intervjuene så ordrett som mulig og tok med ”eh”er og ”mm”er, markerte pauser med prikker, og skrev i parentes annen kommunikasjon, som latter. Jeg valgte å transkribere alt på ”bokmål”. Det førte til at noe av særpreget og noen ganger nyanser i meninger hos den enkelte informant, ble borte, men jeg anså at dette var nødvendig for å anonymisere informantene i denne studien.

Etter at alle intervjuene var transkribert, var tiden kommet til å fordype seg i analysen. Jeg gjennomgikk de transkriberte intervjuene flere ganger og med forskjellige innfallsvinkler. Tankegangen som er beskrevet i kapittel 2.3, har ligget til grunn for analysearbeidet. Det innebærer et kunnskapssosiologisk vitenskapsperspektiv og en konstruksjonistisk diskursanalytisk tilnærming. Fokus er både på innhold, form og kontekst. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999 og Järvinen & Miiik – Meyer, 2005) For å få til en form for struktur i analysearbeidet, utarbeidet veileder og jeg en ”kortversjon” av Parkers analyse, slik at den ble tilpasset til dette materialet. (Parker, 2004) Det ble til en mal for analysen i fem trinn:

1. Få oversikt over innholdet i teksten. Komme frem til forskerens forståelse av teksten.

2. Assosiere fritt til teksten. Hva sier teksten i relasjon til forskningstemaet? Hvilke formidlingsformer forekommer i teksten?
3. Systematisering av temaene i teksten. Se etter sentrale temaer.
4. Identifisere diskursene. Identifisere de diskursive tankemåtene i materialet.
5. La diskursene tre frem slik at de kan "leve sitt eget liv".

Jeg har ikke analysert konteksten for seg, men konteksten er hele tiden til stede og spiller inn i alle trinnene i analysen. Både den overordnede konteksten og den lokale konteksten spiller inn i gjennom hele prosessen. Den overordnede konteksten er hele veien med og danner "rammen" for informantenes beskrivelser og for min refleksjon i denne studien, og er dermed også med å forme analyseprosessen. Den lokale konteksten er med å forme "rammen" hvor de enkelte diskursene utspiller seg, og dermed også diskursene. I for eksempel den kliniske diskursen er utgangspunktet for refleksjon hele tiden i klinikken, hvordan kan dette være til nytte for pasientene våre?

Som det første trinnet i analysen forsøkte jeg å lese meg inn i ett og ett intervju for å få et bilde av hva det handlet om. Underveis skrev jeg stikkord i margen i forhold til temaer informantene nevnte, eller andre ting som fremstod som interessante. Etter å ha fordypet meg i ett intervju, skrev jeg en "kortversjon" av hva jeg opplevde var innholdet og litt om det generelle inntrykket fra dette intervjuet. Hva virket viktig for informanten(e)? I denne prosessen erfarte jeg at jeg fikk assosiasjoner til andre intervju, selv om jeg forsøkte å konsentrere meg om ett om gangen. Denne fordypningen i hvert intervju var jeg allerede i gang med da vi utarbeidet "malen for analysen".

Som trinn to leste jeg så intervjuene på nytt med forskningsspørsmålene som innfallsvinkel. Jeg leste hvert intervju for seg, med tanke på innholdet i intervjuet i forhold til forskningsspørsmålene og hva informantene nevnte selv under de forskjellige spørsmålene. Jeg merket med tall i margen der det stod noe som kunne belyse et av forskningsspørsmålene. Etter å ha gjennomgått alle intervjuene på denne måten, skrev jeg en samlet oppsummering i form av et dokument strukturert etter forskningsspørsmålene.

I forbindelse med trinn tre gjorde jeg så en ny runde gjennom intervjuene og fokuserte på problemområder/utfordringer i det informantene sa. Dette ledet blant annet til tema og data som ikke umiddelbart falt inn under noen av forskningsspørsmålene. Dette skrev jeg ned med problemområdene/utfordringene som struktur for dokumentet. Noen av områdene var tema i alle intervjuene, andre var det færre som nevnte.

Deretter var det trinn fire å identifisere diskursene, som stod for tur. Ut fra arbeidet med de forrige punktene fikk jeg en oversikt over innholdet og et innblikk i tankemåtene i materialet. Jeg gjorde en ny ”leserunde” i de dokumentene jeg hadde skrevet i løpet av analysearbeidet og de transkriberte intervjuene. Jeg reflekterte over hvordan informantene snakket, hva de la vekt på og hvordan de ”plasserte seg” i forhold til klinisk praksis og forskningsfeltet. En utfordrende prosess ledet frem til de fire diskursive tankemåtene: Den teoriforankrede diskursen, den forskningsbaserte diskursen, den relasjonelle diskursen og den kliniske diskursen. Disse presenteres i neste kapittel. Det var krevende å skulle sette det innholdsmessige litt til side og flytte hovedfokus til de diskursive tankemåtene. Det var en annerledes måte å reflektere på enn det jeg ser på som en ”hverdagstankegang”.

Etter at de fire diskursive tankemåtene trådte frem i materialet, var det trinn fem som gjenstod, la diskursene få "leve sitt eget liv". Dette opplevde jeg at de gjorde da jeg analyserte de ulike diskursene opp mot hverandre. Jeg så på hvordan de snakket om ett tema innen en diskurs og analyserte dette i forhold til hvordan de omtalte det samme temaet innen de andre diskursene. Da var det diskursene som fremstod med forskjellige beskrivelser, ikke den enkelte informant. Innen samme diskurs fremstod en måte å beskrive et tema på, diskursen hadde en stemme og en talemåte.

Variasjonen innen hver diskurs, trådte ut av oppmerksomheten. Individene ble talerør for diskursene. Diskursene beskrev sin forståelse av KBP gjennom dem.

Kvalitativ analyse er en prosess. Jeg har erfart hvordan både analysemetode og selve analysen utvikles og formes underveis. Analysen har ikke vært noen lineær bevegelse, men bevegelsen har vært frem og tilbake mellom trinnene, rundt omkring i materialet og mellom den lokale og overordnede konteksten gjentatte ganger.

Proessen ga også assosiasjoner i forhold til utvikling av andre deler av oppgaven.

### 3.3 Kritisk blikk på metode og forskerrolle

Forskeren er "medskaper" av data i kvalitativ forskning. Verken forskeren eller de forskjellige elementene i forskningsprosessen kan utskilles som selvstendige deler. De er innvevd i hverandre. (Hem, 2008) Dette anses ikke som et problem, men som en del av materialet. (Järvinen & Miik-Meyer, 2005) Jeg så tydelig under analysearbeidet hvordan intervjuet og dermed dataene ble formet av informant og intervjuer i fellesskap. (Kvale, 1997) Jeg opplevde at alle intervjuene utviklet seg forskjellig. Det var et samspill mellom dem som var til stede. Jeg forsøkte å innta en åpen innstilling i møte med informantene og ser at jeg på en måte ble tatt med inn i informantenes fortellinger, deres forståelse, og deres konstruksjon, og at dette hadde betydning for min måte å stille spørsmål på, og hvilke tilleggsspørsmål jeg stilte. Jeg erfarte underveis i analysen hvordan min konstruksjon av dataene trådte frem. Denne

presentasjonen representerer ikke ”sannheten” om hva informantene sa, men min konstruksjon av deres beskrivelser i den aktuelle konteksten og på den aktuelle tiden.

Det kan være vanskelig å undersøke diskurser man selv er nær, hvilket jeg gjorde da jeg valgte å forholde meg til egen yrkesgruppe. Det var en utfordring å ha en åpen og utforskende tilnærming. (Sahlin, 1999) Som forsker må jeg fremmedgjøre meg fra materialet, frigjøre meg fra mine selvfølgeligheter og stille andre spørsmål til materialet enn jeg kan gjøre med min hverdagsforståelse. (Winther Jørgensen og Phillips, 1999) Jeg opplevde det som et godt grunnlag å bygge på i intervjuene at vi tilhørte samme faggruppe. Vi hadde felles kunnskap og en felles kontekst i det norske ergoterapimiljøet. Men arbeidsplassene, de lokale kontekstene, var likevel forskjellige og forskjellige fra min lokale kontekst. Forskjellen i lokal kontekst og også det at jeg fulgte en metode for analysen, og reflektere gjennom denne, gjorde det lettere å få avstand til materialet, og være i forskerrollen.

Det er både fordeler og ulemper ved å kombinere metoder. I dette prosjektet har datainnsamlingen foregått ved to datainnsamlingsmetoder. Det har gitt meg erfaring i begge, og det har gitt mulighet for å sammenligne dem. Som tidligere beskrevet, erfarte jeg at de individuelle intervjuene ga dybde, men var tidkrevende, mens fokusgruppen ga mye data på kort tid, men ikke ga mulighet til å gå i dybden med den enkelte informant. Fokusgruppeintervjuet var annerledes enn de individuelle intervjuene også ved at informantene diskuterte seg i mellom, mens jeg bare ga dem temaene. Her virket det som samspillet mellom informantene hadde mer betydning for deres utvikling og konstruksjon av forståelse, enn samspillet med meg. De ga respons til hverandre. Det har også vært krevende å forholde seg til to metoder. Jeg måtte sette meg inn i to ulike metoder og jeg måtte hele veien være bevisst på at jeg hadde data som var skapt på to forskjellige måter. Dataene kunne derfor ikke anvendes som om de var av samme kvalitet.

Metodetriangulering er med på å sikre validiteten i en studie.(Wibeck, 2000) Det opplever jeg at gjelder for dette prosjektet. Dataene har funn som harmonerer i materialet fra begge datainnsamlingsmetodene. I denne studien var det individuelle intervju som først var planlagt som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppeintervju kom til underveis i prosessen.

En vanlig kritikk av diskursanalytiske prosjekter er at det blir mye fokus på diskursene og det innholdsmessige, og for lite på konteksten og forholdet mellom konteksten og diskursene. Det er tilfelle med dette prosjektet også. Det anbefales å analysere andre sosiale forhold enn diskursene i konteksten med andre tilnærminger enn diskursanalyse, gjerne sosiologiske analyseverktøy.(Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Det har jeg ikke gjort i dette prosjektet, men det kunne vært et interessant tema for videre studier.

Ved å sørge for en stringent anvendelse av teori og metode kan man underbygge resultatene, sørge for at de er ”reliable og valide”. I sosialkonstruksjonistisk forskning kan man validere ved å gjøre fremstillingen så gjennomsiktig for leseren som mulig. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999) (Kvale, 1997) Jeg har forsøkt å gjøre denne fremstillingen gjennomsiktig og gi leseren mulighet til å gjøre egne vurderinger gjennom å presentere relativt mye data fra intervjuene og å beskrive metodene for datainnsamling og analysearbeid slik at leseren får innblikk i disse.

Hensikten med dette prosjektet er mer å gi et innblikk på feltet, enn å beskrive det ”helhetlig”. Man finner ikke ”sannheten” med dette forskningsdesignet, og kan da heller ikke påstå at man presenterer ”sannheten”. Man beskriver sin konstruksjon av forhold som er i stadig endring, så gir man andre anledning til å reflektere over temaet selv.(Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Dette prosjektet har likevel ledet til noen funn som kan være interessante for andre ergoterapeuter og som kan bidra til



diskusjon i ergoterapimiljøet i Norge. Dette beskrives i de følgende kapitler i oppgaven.

### 3.4 Ethiske refleksjoner

Det er viktig å være sensitiv og reflektere etisk gjennom hele forskningsprosessen. Helsinkideklarasjonen angir etiske retningslinjer for helsefaglig forskning internasjonalt. Den pålegger alle forskere å ivareta de som deltar i forskning, og hensynet til dem skal gå foran hensynet til den kunnskapen forskningen kan frembringe. (Ruyter, 2000) Prinsippene i Helsinkideklarasjonen er overførbare til annen forskning som involverer mennesker, og de har også vært med i refleksjonene gjennom dette prosjektet.

All forskning skal være basert på frivillig deltagelse. I dette prosjektet fikk alle informantene et informasjonsskriv før intervjuet. Dette inneholdt opplysninger om prosjektet, om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst uten å begrunne det. Informasjonsskrivet inneholdt også en samtykkeerklæring. Jeg hadde med dette skrivet til intervjuene og delte det ut til dem som ønsket det. Før selve intervjuet startet, ga jeg en kort oppsummering av dette skrivet og mottok skriftlig samtykke fra alle informantene.

I intervjuene må forskeren være sensitiv for informantenes opplevelse av intervjusituasjonen og temaene som bringes på bane. Temaet KBP er i utgangspunktet ikke spesielt sensitivt, men kan vekke engasjement. Jeg erfarte i noen intervju at det var noen litt ”ømme punkter” hos informantene. Dette viste seg i måten de snakket på. Et eksempel på dette var da en av informantene snakket masse om noe som var litt ”på siden” av det jeg hadde spurt om. Jeg har gjennom hele prosjektet vært bevisst på å ivareta konfidensialiteten til informantene. Det er foreløpig ikke noe

stort miljø blant norske ergoterapeuter som er engasjert i KBP. Jeg har latt være å ta med enkelte uttalelser og generalisert andre, for å bevare anonymiteten til informantene.

Hvilken betydning vil deltagelsen i intervjuet få for informantene? Dette tenkte jeg på spesielt i forhold til informantene i fokusgruppa. De jobbet på samme arbeidsplass. Turte de å si det de egentlig tenkte? Hvilke følger ville det få for den som eventuelt brøt med den allmenne oppfatningen på arbeidstedet? Jeg opplevde at det var en god og ivaretagende atmosfære under intervjuet og fikk inntrykk av at det også var slik til vanlig. Vi snakket også om konfidensialitet i forhold til hverandre i fokusgruppa før selve intervjuet. (Wibeck, 2000) Når det gjelder de individuelle informantene, var det en avtale mellom dem og meg at de deltok. Opplevelsen av selve intervjuet kunne eventuelt få en betydning for dem, men ingen andre personer var inne i bildet.

Analysen av datamaterialet medfører også etiske overveielser. Hvordan få frem bredden og dybden i dataene og behandle informantene med respekt? «Oversettelsen» av muntlig tale til skriftlig fremstilling bød på noen utfordringer. Jeg tilpasset informantenes muntlige utsagn varsomt til skriftlig språk uten å endre innholdet, hovedsakelig ved å utelate pauser, "eh"-er og "mm"-er. Informantene kunne ellers fremstått som mindre reflekterte og faglig kompetente enn det de faktisk er. Man må også overveie etiske spørsmål hva angår bruken av forskningsresultatene i offentligheten. Det er risiko for at resultatene kan bli brukt i "sosial ingeniørkunst". (Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Hvordan vil denne oppgaven bli brukt? Kan det være at noen bruker resultatene på en måte som ikke harmonerer med mine intensjoner?

Dette prosjektet omfatter ikke pasienter. Det handler heller ikke om sensitive tema. Det ble vurdert til ikke søknadspliktig av regional etisk komité (REK). (Vedlegg 1)

Prosjektet er registrert hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og behandlingen av personopplysninger som ble beskrevet i meldeskjemaet ble godkjent. (Vedlegg 2)

## 4. Resultater

### 4.1 Innledning til presentasjon av resultater.

Presentasjonen av dataene er min konstruksjon på bakgrunn av hvordan informantene snakket om sin forståelse av KBP, hva de selv fortalte om og hvordan de fortalte under intervjuene. Den utgjør min konstruksjon av deres konstruksjon. Jeg har valgt å presentere relativt mye data fra intervjuene, for å gi leseren et beskrivende innblikk i materialet. Dataene har blitt til gjennom bruk av to datainnsamlingsmetoder, individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Datamengden er derfor større for hver informant fra de individuelle intervjuene.

Gjennom arbeidet med analysen med tanke på diskursive tankemåter, trådte det etter hvert frem fire forskjellige diskurser blant informantene. Jeg beskriver disse kort og lar informantene finne sine plasseringer i dem. Denne grupperingen av informantene innebærer nødvendigvis en forenkling av virkeligheten. Alle informantene fremstod som forskjellige, med mer eller mindre forskjellige diskursive tankemåter. Det er derfor noe variasjon innen samme diskurs. Grupperingen gjøres for å systematisere og gi oversikt over materialet.

Etter dette presenteres datamaterialet gruppert i de fire forskjellige diskursene. Forskningsspørsmålene brukes som underpunkter innen hver diskurs. Det vil si at materialet presenteres i form av fire ”versjoner” av hvordan informantene beskrev at de forstår KBP, hvordan de har utviklet denne forståelsen, hvordan de ser på ergoterapifaget i forhold til KBP og hvordan de har integrert KBP i egen praksis. Til slutt i hver diskurs følger et punkt med en kort beskrivelse av den lokale konteksten til informantene. Min konstruksjon av denne bygger på hva informantene selv beskrev, og hva jeg observerte i forbindelse med intervjuene.

## 4.2 De diskursive tankemåtene i materialet

Gjennom arbeidet med analysen trådte det frem fire forskjellige diskurser i materialet. Disse fremkom på bakgrunn av hvordan informantene plasserte seg med tanke på ståsted i forhold til klinikk – forskning, hvor de hadde sitt ”hovedståsted”, hvilken kontekst de reflekterte ut fra, hva de snakket om og fokuserte på, og hvordan de snakket om det, hvilket syn de hadde på kunnskap, kunnskapsutvikling, forskning og vitenskap, og hvordan de rangerte kunnskap og kunnskapstyper. Jeg beskriver de fire forskjellige diskursene med bakgrunn i dette, og lar informantene finne plass i sin diskurs.

### *De nyutdannede klinikernes diskursive tankemåte:*

De nyutdannede klinikernes diskursive tankemåte er preget av at de har fått KBP - tenkningen inn fra de startet på ergoterapeututdanningen. De har lært trinnene i KBP i utdanningen, og de har brukt dette i praksisperioder og ved oppgaveskriving. De har også tatt dette i bruk i jobben sin. Det virker som det er en selvfølge for dem å tenke og å jobbe på denne måten. De er opptatt av å utvikle både faget og egen kompetanse. De har stor tiltro til ”forskningen”. De er opptatt av å bringe med seg kunnskap fra forskning og faglitteratur utenfra og inn i praksis. De reflekterer ut fra klinisk praksis, men beveger seg noe mellom praksisfeltet og teori. De har utgangspunkt i at ergoterapi skal være klientsentrert praksis. De mener alle tiltak skal være begrunnet i forskning, teori og/eller erfaring. Som Berit sa da hun snakket om KBP: ”At det ligger forskning bak det du gjør egentlig, at du ikke gjør noe bare fordi du synes det virker bra, men at du vet at det du gjør hjelper.” Men de er opptatt av brukermedvirkning og påpeker at den enkelte pasienten må ”være utgangspunktet” for alle tiltak.

### *De nyutdannede klinikers diskursive tankemåte: Den teoriforankrede diskursen.*

Den informanten i materialet som fremstår forankret i denne diskursive tankemåten er Berit.

### *Forskernes diskursive tankemåte:*

Forskerne har ståsted i forskningen, utenfor klinikken. De vil bringe forskningskunnskap og KBP- tenkningen inn i klinikken. De er opptatt av å finne tema for forskning i klinikken, ”forske på det”, og bringe denne kunnskapen tilbake til klinikerne. Klinikerne skal da få systematisert forskningskunnskap, som de kan ha nytte av for å forbedre pasientbehandlingen/praksis. I følge forskerne finnes det mye relevant forskning for ergoterapeuter, både forskning om ergoterapi utført av ergoterapeuter, men også forskning fra andre faggrupper og tverrfaglig forskning. Det finnes mye som er nyttig for norske ergoterapeuter i den internasjonale litteraturen.

Forskerne er opptatt av forskningskunnskap som inspirasjonskilde for praksis, for tiltaksvalg, og som dokumentasjon av tjenesten for ledere og bevilgende myndigheter. Eva sa KBP ”er forskning som kunnskapskilde for å velge tiltakene, de som er mest effektive på gruppenivå.”

Forskernes diskursive tankemåte: *Den forskningsbaserte diskursen.*

Den informanten i materialet som fremtrer med forankring i denne diskursive tankemåten er Eva.

### *Lærernes diskursive tankemåte:*

Deres tankemåte har utgangspunkt i pasient – terapeutrelasjonen. Dette er ”kjernen” for ergoterapi og annet helsearbeid. Kunnskapsutviklingen må også ha utgangspunkt og fokus der. Caroline sa det slik: ”Jeg tenker at som ergoterapeut er kanskje den aller viktigste kompetanse den personlige kompetansen, at du evner å se den andre, at du evner å gripe det som er betydningsfullt i den andre sitt liv.” Ergoterapi er kontekstuell, situasjonell, relasjonell og individuelt. De mener det er viktig å oppvurdere og utvikle klinisk skjønn, refleksivitet, sensitivitet hos terapeuter og studenter.

De stiller seg skeptiske til KBP på bakgrunn av kunnskapssynet, som ligger bak KBP og rangeringen av kunnskap i KBP. De beskriver at randomiserte kontrollerte studier eller helst meta – analyser av slike studier, anses som den høyest rangerte kunnskapen i KBP. Disse studiene er nyttige. Vi trenger mer av dem innen faget vårt, men andre forskningsdesign er nødvendige å bruke for å belyse andre sider ved faget.

Lærernes, diskursive tankemåte: *Den relasjonelle diskursen*

I materialet fremtrer Caroline og Dorte med forankring i denne diskursive tankemåten.

*De erfarne klinikernes diskursive tankemåte:*

De erfarne klinikerne har solid ståsted i praksisfeltet. Deres tankemåte har utgangspunktet i klinikken, med fokus på den enkelte pasienten, det enkelte individ. De behov og mål den enkelte pasient har, er utgangspunktet for behandlingen. De har fokus på god og stadig bedre pasientbehandling. De er opptatt av å anvende forskningsresultater i behandlingen til pasientenes beste.

De er opptatt av å utvikle faget, egen kompetanse og å holde seg oppdatert. De opplever at det er et økende krav til dette i helsetjenesten i Norge i dag. De opplever også økende krav til å dokumentere, til å kunne begrunne tiltaksvalg/behandlingsvalg i forskning, og de opplever at KBP kan være et egnet redskap til dette. Men de ser store utfordringer for ergoterapeuter her. De tenker både på eget fag og hva dette bidrar med inn i behandlingen, men ser det i en helhet, som en del av det tverrfaglige tilbudet. De er også opptatt av rammebetingelsene i helsetjenesten, og hvilke følger disse får for pasientbehandling og fagutvikling. Gro sa det slik: ”Jeg tenker det er noen føringer fra høyere nivå her, i forhold til utviklingen i helsevesenet, som sier at vi går mot en retning hvor KBP er viktig. Så det er ikke noe vi kan velge å ikke forholde oss til. Og for all del, hvis det gjør at praksisen vår blir bedre, så er det jo veldig bra.”

De erfarne klinikers diskursive tankemåte: *Den kliniske diskursen*.

De informantene som fremtrer med forankring i denne diskursive tankemåten er alle deltagerne i fokusgruppa: Gro, Hanne, Ingrid og Finn. Finn er relativt nyutdannet og har fått inn KBP – tankegangen gjennom utdanningen. Slik sett skulle han hatt forankring i den teoriforankrede diskursen. Jeg opplevde at han under intervjuet reflekterte ut fra sin nåværende arbeidsplass, med ståsted i klinikken. Derfor opplever jeg at han har forankring i den kliniske diskursen. Det virker også riktigere at data som er skapt med samme datainnsamlingsmetode presenteres innen samme diskurs. Alle informantene som deltok i fokusgruppeintervjuet har da forankring i den kliniske diskursen, mens de individuelle informantene fordeler seg mellom de tre andre diskursene.

## 4.3 Den teoriforankrede diskursen

### 4.3.1 Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?

De ergoterapeutene som hadde forankring i den teoriforankrede diskursen, snakket som om de gikk ut fra at de burde forstå og bruke KBP, siden de fikk denne tankegangen inn gjennom ergoterapeututdanningen. Berit var vant til å forholde seg til engelskspråklig litteratur om KBP, hvor EBP er betegnelsen som blir brukt. Hun sa i utgangspunktet at EBP og KBP var det samme, men beveget seg mot å skille begrepene. EBP beskrev hun da som å jobbe forskningsbasert. Fokuset var på å implementere kunnskap fra forskning i klinikken, med vekt på effektstudier av tiltak, eller på forskning for å dokumentere effekt av ergoterapibehandling. KBP definerte hun derimot tilsvarende kunnskapssenterets definisjon, med tre likeverdige elementer i en kontekst. Denne forståelsen ble anvendt i det daglig arbeidet som ergoterapeut/helsearbeider.



Berit sa: ”Evidensbasert praksis tenker jeg er at du har en begrunnelse for det du gjør, (...) nei, det er jo at det ligger forskning bak det du gjør egentlig.” ”At du ikke gjør noe bare fordi du synes det virker bra, men at du vet at det du gjør hjelper eller fungerer.” Berit reflekterte selv over at hun begynte med å si at EBP og KBP var det samme, men at hun skilte begrepene utover i intervjuet. ”Nå håper jeg at jeg ikke ender opp med å si imot meg selv”, sa hun og lo litt.

Hun strevde med evidenshierarkiet i forhold til kunnskapssenterets KBP - modell. Hun rangerte til slutt forskningskunnskap øverst, brukerkunnskap som nummer to og erfaringsbasert kunnskap som nummer tre. Likevel poengterte hun at alle tiltak må ha sitt utgangspunkt hos brukeren. Hun skilte også mellom et hierarki for ”daglig praksis” og et for effektforskning.

#### **4.3.2 Hvordan har de utviklet denne forståelsen?**

De nyutdannede klinikerne hadde fått KBP - tenkningen inn fra starten på ergoterapeututdanningen. Praksisperioder og oppgaveskriving ble nevnt som betydningsfulle for utviklingen KBP - forståelsen. Trinnene i KBP ble brukt i forbindelse med dette.

Berit fortalte om en oppgave hun hadde fått av en praksisveileder i et engelskspråklig land, for å belyse hvordan hun hadde lært å forstå og å jobbe KBP i praksisperiodene sine:” ..og så husker jeg at jeg fikk en oppgave i denne praksisperioden som var med å utvikle min forståelse av hva evidensbasert praksis var. Jeg skulle ta en av de mest vanlige treningsformene som vi drev med der, og det var i forhold til syn etter hjerneskode. Så skulle jeg gå tilbake i forskningen for å kunne begrunne hvorfor vi gjorde som vi gjorde.” Denne praksisperioden sa hun var ”veldig med på å utvikle meg som ergoterapeut”. Hun fortalte at det var veldig fokus på at du skulle vite hva

du gjorde og hvorfor du gjorde det der, mer enn hun har opplevd her i Norge.

Begrunnelsen for behandlingen skulle helst være forskningsbasert. Hun sa hun hadde blitt ”mer bevisst på at jeg ikke gjør ting bare for å gjøre det” etter denne praksisen.

Berit fortalte at de ble oppfordret til å søke etter og å bruke forskningsresultater, når de skrev oppgaver som studenter, og beskrev det som kunnskapsbasert praksis. Hun sa de hele tiden ”fikk inn hvordan man skal være opptatt av forskning og hvordan man skal være opptatt av brukermedvirkning”.

Berit hadde et annet eksempel fra utdanningen, hvor leddvernsundervisning for leddgiktpasienter ble presentert som ”ikke forskningsbasert. Det er noe man erfarer at fungerer, men man har ikke noe kliniske bevis for at det fungerer.” Hun sa det ble fremstilt som ”ikke evidensbasert”, altså at det ikke kunne knyttes til forskning, men at det var erfaringsbasert.

#### **4.3.3 Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen, på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?**

De ergoterapeutene som hadde forankring i den teoriforankrede diskursen, tenkte i utgangspunktet at KBP var positivt for faget og fagutviklingen. Berit mente at det førte til at vi blir opptatt av å begrunne praksis og være bevisste på valg av behandling. KBP er positivt for faget når vi får forskning som viser effekt av ergoterapi, men negativt dersom man ikke kan vise effekt. Hun opplevde at man godt kan arbeide etter ergoterapeutens grunnsyn og kjernekompetanse innen KBP. Berit var opptatt av fagutvikling; både å utvikle ergoterapifaget og behandlingstilbudet til pasientene, og faglig oppdatering/ajourhold hos den enkelte terapeut. Hun sa det er positivt for faget at fokuset på forskning øker, og at stadig flere ergoterapeuter oppnår doktorgrad.

De hadde stor tiltro til forskningen, men de så farer ved at kvantitativ ”medisinsk” forskning kan bli dominerende, og at forskningskunnskap og effektstudier kan bli vektlagt i for stor grad. De mente at ikke alle sider ved ergoterapifaget lar seg dokumentere innen et kvantitativt design. Berit sa det kan bli et problem i forhold til ergoterapi, hvis man skal ha ”kliniske bevis for alt man gjør, og det kanskje ikke går innen vårt fag”. Hun trodde dette er enklere for ergoterapeuter som jobber for eksempel innen somatisk helsetjeneste enn i kommunehelsetjenesten. Hun mente at evidenshierarkiet ikke kan være det samme for ergoterapi som for medisin. Men hierarkiet eksisterer ”i aller høyeste grad” og det ”gjennomsyrer hele systemet likevel”. Hun nevnte diagnoser og trykderettigheter som eksempler på dette.

Berit fortalte at hun opplevde et press ”utenfra” om at alt skal være begrunnet i ”medisinsk forskning”. Hun var opptatt av at vi må ta vare på fagidentiteten vår, blant annet med et sterkt brukerfokus. Mye innen ergoterapi baseres på ”medisinsk kunnskap”. Dette er viktig kunnskap, men ”den kunnskapen man får fra bruker, er minst like viktig som den man får fra forskningen”, sier Berit. Hun opplevde at det er det de har lært på skolen, og det er det man praktiserer når man jobber også.

#### **4.3.4 Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?**

Det fremstår som ergoterapeutene med forankring innen den teoriforankrede diskursen, er bevisste på å bruke KBP - tankegangen, anvende tenkningen og prinsippene i sin daglige jobb, til beste for pasientene. Siden de ikke har jobbet som ergoterapeuter uten ”KBP – tankegangen”, har de heller ikke endret praksis som følge av den. Berit fortalte et eksempel fra jobben sin. Hun lurte på hvorfor de hadde et tiltak som de kalte ”det lille rommet”. (Sansestimulering for alvorlig funksjonshemmede) Hun gikk da til forskningslitteratur og fant dokumentasjon på dette tiltaket. Først snakket hun om dette som evidensbasert og forskningsbasert. Men

hun trakk seg på det, og sa at det i hvert fall var kunnskapsbasert. Hun fortalte at det hun er mest opptatt av nå, er at det hun gjør, faktisk er til nytte for pasientene. Men hun vil gjerne at det skal være forskningsbasert. ”Hvis man ikke har noe bevis for det, så gjør man det jo for det, hvis det fungerer. Men jeg har det alltid litt i bakhodet (..) så jeg vil gjerne ha en grunn til å gjennomføre ulike typer behandling.”

#### **4.3.5 Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som har forankring i den teoriforankrede diskursen.**

Berit jobber nå i kommunehelsetjenesten med funksjonshemmede. Hun fortalte at hun har engasjerte kollegaer, både nyutdannede og erfarne, med forskjellig helsefagbakgrunn. Hun sa at hun var i et arbeidsmiljø hvor de oppmuntret hverandre til å jobbe KBP. Berit er også i et studentmiljø i forbindelse med at hun holder på med en masterutdanning. Hun har vært i studentmiljø hvor KBP - tankegangen har blitt anvendt og hun snakket også om miljøet på spesielt en av praksisplassene sine. Alle disse miljøene virker preget av engasjement for å utvikle fag, pasientbehandling, forske og implementere forskning.

### **4.4 Den forskningsbaserte diskursen**

#### **4.4.1 Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den forskningsbaserte diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?**

Eva som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen, beskrev at hun forholdt seg til den internasjonale definisjonen av KBP og hvordan denne anvendes i det internasjonale miljøet. KBP handler om forskning for å vurdere effekt av tiltak på gruppenivå. Randomiserte kontrollerte studier eller helst metaanalyser av slike studier, er det beste designet til dette. Andre forskningsdesign er bedre egnet til andre problemstillinger, men det er ikke det KBP handler om i følge Eva.

Eva gjenga innledningsvis den ”vanlige definisjonen på KBP” som kunnskapssenteret anvender: ”Det er både kunnskap fra forskning, men det er også brukerens kunnskap og det er erfaringsbasert kunnskap, den tredelte kunnskapen. Det vet jo alle, men jeg mener det de går videre med innen det de kaller kunnskapsbasert praksis, fortsatt bare er forskningen. Så det blir på en måte keiserens nye klær. At man på en måte tilslører hva man egentlig er ute etter. For tradisjonen evidensbasert praksis internasjonalt, den har vært opptatt av å trekke inn forskningmessig kunnskapsgrunnlag for helsetjenesten i konkrete beslutninger som handler om tiltaksvalg. Mens her skal man favne ”hele verden”, og så gjør man ikke det. Det blir på en måte en svakhet. Man tror man finner alt i den tradisjonen man kaller kunnskapsbasert praksis, men man finner ikke forskning om brukerens kunnskap der, man finner ikke forskning om erfaringsbasert kunnskap der.” Eva sa videre: ”Men der tror jeg kanskje forvirringen i Norge kan bli betydelig større, fordi man har laget den konstruksjonen som man kaller for kunnskapsbasert praksis. For tar man det på alvor, det man sier KBP er, og ser på hierarkiet med erfaring nederst, så har man jo et stort problem.” ”Det går ikke an å sammenligne erfaringsbasert kunnskap og brukerens kunnskap i det samme hierarkiet som du gjør når du skal vurdere hvilke typer forskningsdesign som er gode til å avdekke effekter på gruppenivå.”

”Jeg bruker konsekvent evidensbasert praksis når jeg snakker om det som internasjonalt benevnes som evidence - based practice” sa Eva. Hun sa at det er forskning som kunnskapskilde for å velge tiltakene, de som er mest effektive på gruppenivå, vist gjennom forskning. Det handler om tiltaksvalg for enkeltpasienter og for hele helsetjenesten. Eva poengterte at ”man endrer aldri praksis ut fra en studie” Man kan heller ikke bare ”kopiere” en behandling. ”Det er fryktelig komplisert å overføre kunnskap fra randomiserte kontrollerte studier til individuelle tiltaksvalg”. ”Den type forskning kan informere og opplyse oss, heller enn at den er styrende for de valgene vi gjør” beskrev Eva.

Eva fortalte at Cochrane collaboration jobber med cochrane reviews. De beskriver ”de mest effektive tiltakene vi kan gi pasientene ut fra hva vi vet gjennom forskning, ikke noe annet”. Studiene viser gjennomsnittresultat for gjennomsnittspersonen i intervensjonsgruppa i forhold til kontrollgruppa. Noen har effekt av behandlingen, andre har ikke. Hvem som har effekt, får vi vite lite om når vi leser en rapport fra randomiserte kontrollerte studier. ”Det mener jeg er svakheter med det systemet” sa Eva. Hierarkitenkningen fører til en nedvurdering av det kliniske skjønn og kunnskapen om pasientens livsverden i følge Eva. I Cochrane - miljøet brukes ikke hierarkibegrepet lenger, fortalte hun. Det som brukes nå, er gradering av evidens, ”grade”. Det beskriver i hvilken grad man kan stole på resultatene.

#### **4.4.2 Hvordan har de utviklet denne forståelsen?**

Eva fortalte at hun hadde utviklet sin forståelse av KBP gjennom å lese internasjonal litteratur og gjennom kontakt med miljøer som jobber med dette internasjonalt. Hun sa hun hadde jevnlig kontakt med dette miljøet, hovedsakelig med ergoterapeuter, men også tverrfaglige miljø. Eva hadde vært på studiebesøk hos ergoterapeuter i annet land hvor de har jobbet med KBP lenger enn vi har gjort det i Norge. Hun snakket også om kontakter og diskusjoner med norske fagmiljø som er engasjerte i KBP, men hun sa ikke at dette hadde vært med på å forme hennes forståelse av KBP.

#### **4.4.3 Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den forskningsbaserte diskursen på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?**

”Dette er på en måte både et viktig spørsmål, men også et lurespørsmål” sa Eva. Hun lurte på om det var et spørsmål om metode (metodologi) eller om det var et spørsmål om hva kunnskap er og hvordan kunnskap blir til (epistemologi) eller noe annet som aktivitet, effekt eller var det et spørsmål om ontologi?

Slik beskrev Eva møtet mellom ergoterapeut og KBP: ”KBP er det som da er den tredje kunnskapskilden for ergoterapeuten”. ”Ergoterapeuter er, vil jeg påstå, veldig flinke til å få tak i brukerens kunnskap, erfaring og liv.” ”Ergoterapeuten øser av sin erfaring i det daglige liv.” Disse kunnskapskildene rangerte hun som de to viktigste i praksis. ”Men mange ergoterapeuter har ikke den tredje kunnskapskilden.” ”Det er på en måte mitt pragmatiske ståsted.” KBP anses som den tredje kunnskapskilden for å opplyse og forbedre egen praksis i den forskningsbaserte diskursen. ”Men det kan også fungere som dokumentasjon til sykehusledelsen for å få bevilgninger til å fortsette med den behandlingen som er mest effektiv.” ”Jeg mener at ergoterapitjenesten ikke skal ha bevilgninger hvis de ikke driver med noe som er effektivt.” Eva beskrev den tredje kunnskapskilden som forskning og som KBP. KBP har to funksjoner; som den tredje kunnskapskilden i praksis, og som dokumentasjon av tjenesten til bevilgende instanser. Dette var de to møtepunktene Eva beskrev mellom KBP og ergoterapi.

Eva etterlyste ”opprydning” og diskusjon i fagmiljøet. Hun mente det var uklart for de som jobber i klinisk praksis hva som egentlig ligger i begrepet KBP. ”Man har ikke noe å diskutere, for man har ikke definert det,” sa Eva. ”Dette tror jeg er en ganske stor utfordring for faget videre.(..) Hvis man skal utvikle noen ting, må man være klar på hva man vil sette fokus på.” Hun etterlyste begrepsavklaring og definisjon av KBP fra NETF. Hun var skeptisk til at begrepet KBP ble brukt i ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer uten at det ble definert. ”De tar det på en måte for gitt da, at det er en klar forståelse av det” sa hun. ”Alle skolene snakker med studentene om KBP. (..) Alle ergoterapeutene kommer i løpet av de neste to – tre årene til å bruke ordet KBP. Da er det jo helt avgjørende at vi vet hva det er vi da tenker på!”

”Jeg har opplevd begeistringen over å finne så mye forskningsresultater som kan berike praksis.” ”Bare man får ryddet opp i det, så gir det noen gevinster.(..) Det skal

ikke handle om alt det vi gjør. Det er bare en liten bit av et stort bilde som heter ergoterapi.” ”Men det er viktig for legitimiteten, for innsikten og for tryggheten som fagutøver, og for respekten fra andre, helsepersonell og bevilgende myndigheter.” ”Men om du spør meg om det er den viktigste biten så føler jeg nok ikke det. Jeg sier at det er den tredje kunnskapskilden.” ”Brukerens er den første, erfaringsbasert kunnskap og skjønn den andre og så har du den tredje som er kunnskap fra forskning.” Det mest positive ved KBP mente Eva var at vi får dokumentert våre tjenester. Hun mente effekten av mange ergoterapitiltak ”har vært så formidabel at vi ikke har testet det ut. Du ser det med det blotte øyet.” Eva beskrev at vi først trenger å gjøre kvalitative studier for å undersøke hva vi gjør i dag. Så kan vi vurdere effekten av det gjennom kvantitative studier.

#### **4.4.4 Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den forskningsbaserte diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?**

Eva hadde ikke noen klinisk praksis nå. Hun fortalte om erfaringer med å anvende KBP - tankegangen i en tidligere jobb. Da ”brukte jeg forskning veldig populistisk. Der har du en del av de forebyggende rådene. De er ganske lette å overføre fra randomiserte kontrollerte forsøk og over til beslutninger, som for eksempel råd knyttet til arbeidsstillinger og variasjon.” ”Det er råd som ikke har ”harms”. Da er det lettere å overføre evidens til beslutninger.” Eva fortalte at hun ”brukte det hele tiden som en opplysningsbase sammen med masse annen kunnskap. Jeg var jo like interessert i forskning om klinisk resonnering og om taus kunnskap, altså kvalitative studier.” ”Men den type kunnskap som jeg dro inn om klinisk resonnering, om kvalitative studier definerte jeg ikke inn i KBP.” ”Det var jo kjempeviktige kunnskapskilder for meg som praktiker. Men for meg så har det aldri vært en del av det.”



Eva sa hun var ”kjempetilhenger av randomiserte kontrollerte forsøk, men det har sine bruksområder og det har sine klare begrensninger, som det meste av annen type kunnskap også har. Og det misforstås og misbrukes.” Hun fortalte at hun gikk ut fra hva vi trenger å vite noe om, når hun skulle velge forskningsdesign. Hun jobbet både med kvalitativ og kvantitativ forskning, og kombinerte også metoder. Eva beskrev det som utfordrende med KBP, at forskere som jobber på ”cellenivå” og forskere som jobber på rehabiliteringsnivå med komplekse sammensatte problemstillinger, skal snakke sammen, arbeide i samme miljø og uttrykke noe felles. ”Alle” snakker om tverrvitenskapelig forskning sa Eva, men det blir ikke gjort i praksis, fordi mange har problemer med å jobbe på tvers av de tradisjonelle skillelinjene.

Eva har holdt kurs om KBP. Hun opplevde at noe av det beste med KBP var at ergoterapeuter i felten kan bli inspirert av den internasjonale litteraturen, at de kan oppleve at de er en del av et miljø, og at de kan anvende det store kunnskapsgrunnlaget i ergoterapifaget internasjonalt. Eva mente forskerne må ut i praksisfeltet, og praktikerne inn i forskningsmiljøene. Man må jobbe sammen om å diskutere kunnskapskilder og metoder i forhold implementering av KBP. ”Så det trenger vi mer av skal vi komme videre med evidensbasert praksis i Norge” sa hun. ”Det er bra det er konferanse i Bergen.”

#### **4.4.5 Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen**

Eva jobber nå i et tverrfaglig forskningsmiljø. Der er aktiviteter og oppgaver relatert til forskning i fokus. Der har hun sin ”hovedbase”. Men hun har mye kontakt med forskjellige andre miljø, lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Hun har jevnlig kontakt med ”det internasjonale EBP miljøet”, og hun samarbeider med ergoterapeutmiljøet internasjonalt. Eva fortalte også at hun diskuterte KBP med ergoterapeuter og andre i norske fagmiljø, og at hun underviser og veileder studenter, både om KBP og andre tema.

## 4.5 Den relasjonelle diskursen.

### 4.5.1 Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?

De ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle diskursen, mente at EBP var et riktigere begrep å bruke enn KBP når fenomenet presenteres slik som det gjøres i Norge i dag. KBP inneholder mer enn EBP i følge dem. Dorte beskrev at hun forstod KBP slik: ”At du skal bruke forskningsresultatene og bevislegge eller begrunne gjennom forskning”. ”Da er det jo nettopp evidens sånn som jeg tenker det.” Modellen til kunnskapssenteret sa hun ”egentlig er en ganske fin modell for å vise hvordan man bør kunne jobbe og bruke den kunnskapen man har.” Men hun opplevde at det var den forskningsbaserte kunnskapen som ble holdt fram, og som i større grad skulle være styrende for praksis. ”Å si at vi ikke baserer praksisen vår på kunnskap når vi er en faggruppe, vil jo egentlig være å skyte seg selv i foten.”

Caroline beskrev hva hun legger i evidensbasert praksis: ”At du skal søke nyeste og beste evidens, altså forskning som kan si noe om hvilken effekt behandlingen kan ha for pasientene.(..)Du skal bruke forskningsresultater for å bevislegge eller begrunne det du gjør.(..)Det heter jo at man skal også bruke ens erfaringer og man skal bruke brukerens erfaringer, men det som er viktig, er å være oppdatert på hvilken type forskning som er gjort innen dette fagområdet(..) sånn at man kan være veileder og rådgiver for pasienten.” Caroline kritiserte kunnskapssenterets ”likeverdige modell”. Innen den evidensbaserte verden er ikke alle typer kunnskap betydningsfull kunnskap, kunnskap fra teori og fra bøker er ikke rett kunnskap lenger, og det kliniske skjønnnet blir på en måte ikke viktig, sa hun.

Dorte henviste til Tor Johan Ekeland og snakket om at dokumentasjon også kan brukes som styringsredskap for myndigheter og andre. Innen ergoterapi er det mye

som det ikke er forsket på, og som det dermed ikke er ”bevist” at fungerer. Hvis vi kan dokumentere effekt av ergoterapi, så vil det være ypperlig og det kan bli brukt på mange måter, men det er vel så viktig å jobbe med å utvikle det kliniske skjønnet og hvordan vi forholder oss til brukerne, mente hun.

Ergoterapeutene med forankring i den relasjonelle diskursen anså at KBP innebærer at all praksis fortrinnsvis skal være forskningsbasert. Dette stilte de seg kritiske til av flere grunner, blant annet at mye innen ergoterapi ikke er forsket på, og at alle sider ved faget ikke kan belyses med kvantitativ forskning. De var også kritiske til rangeringen av forskningsdesign, med randomiserte kontrollerte studier øverst og de mente brukerkunnskap og terapeutens erfaring og kliniske skjønn må rangere foran forskningskunnskap i klinisk praksis.

#### **4.5.2 Hvordan har de utviklet denne forståelsen?**

For ergoterapeutene som hadde forankring i en relasjonell diskurs, hadde videreutdanninger hatt betydning for utviklingen av forståelsen av KBP. I tillegg snakket de om miljøet på arbeidsplassene sine. Caroline fortalte at hun fikk et annet syn på hva kunnskap er, hovedsaklig gjennom hovedfagstudiet. Hun hadde blitt lært at kunnskap var noe som andre definerte. Hun sa det hadde vært tungt å stole på at ”jeg har kunnskap når andre har kunnskap”. Caroline mente man preges av det miljøet man er i. Hun beskrev at mange av hennes kollegaer, både ergoterapeuter og andre faggrupper, var skeptiske til KBP på bakgrunn av kunnskapssynet som ligger bak det og rangeringen av kunnskap og forskningsdesign som ligger i KBP. Dette har også vært med å forme hennes forståelse og syn på KBP.

Dorte nevnte masterutdanningen hun hadde tatt, som betydningsfull for utviklingen av hennes forståelse av KBP. ”Evidensbasert kunnskap er et fenomen som alle

ergoterapeuter er nødt til å ta inn over seg, og stille seg på en eller annen side i forhold til.(...) Jeg synes det er viktig at vi vurderer det og tar stilling til det.” Hun benyttet muligheten til dette da hun tok masterutdanningen. Hun nevnte også at diskusjoner med kollegaer var med på å utvikle hennes forståelse.

#### **4.5.3 Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen, på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?**

De ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen, tok utgangspunkt i pasient – terapeutrelasjonen når de snakket om ergoterapifaget i forhold til KBP. Caroline beskrev ”kjernen” ergoterapi: ”At du skal gjøre den andre i stand til å ta ansvar for sitt eget liv og gjøre sine egne valg og løfte frem personens ressurser.” ”Jeg tenker som ergoterapeut er kanskje den aller viktigste kompetansen den personlige kompetansen, at du evner å se den andre, at du evner å gripe det som er betydningsfullt i den andre sitt liv.” Dorte beskrev hvordan hun forstår ergoterapi: I utdanningen lærte hun grunnsynet, tre antagelser om menneske og aktivitet. ”Ikke minst den innsikten om aktivitetene sin betydning for mennesket i verden,” og ”at vi kan bruke det på en terapeutisk måte, og altså at det er en viktig komponent i forhold til folks helse.” Dorte forklarte at: ”Aktivitet er først og fremst noe som er individuelt og kontekstuell.” ”Jeg tenker at hvis du virkelig skal jobbe forskningsbasert, ut fra den KBP -modellen, så kreves det så mye kunnskaper basert på erfaring og skjønn, at det må oppvurderes.”

Caroline fortalte at hun så utfordringer for ergoterapi, når hun diskuterte med medisinerne. Ergoterapi blir sett på som ”synseterapi”, hvis man ikke kan begrunne behandlingen med forskningsresultater. Hun sa det er viktig at vi har verdigrunnlaget, og at vi kan begrunne etisk. Det finnes veldig lite forskning vi kan støtte oss til, for eksempel i kommunehelsetjenesten. Caroline stilte også spørsmål ved om vi må belegge med forskning det vi har ”visst lenge” for å bevise at tiltaket har effekt.

De så det som positivt at KBP fører til at ergoterapeuter bruker forskningsresultater, leser forskningsartikler, forsker på faget og dermed utvikler faget og tilbudet til pasientene. De mente vi må være bevisste og stille oss kritiske til egen praksis. Caroline mente ergoterapeuter ikke ville ha tid til så mye pasientkontakt, hvis de skal bruke tid på å innhente kunnskap og å forske. Hun spurte om ergoterapeuter også må lese på fritida? Caroline sa også at: ”Jeg tror de har et poeng der, ”evidensbaserne”, at man gjør sikkert mye som er lite effektivt, lite nyttig.”

Caroline ble overrasket over at KBP - begrepet er brukt i ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer. ”Og hva mener de at KBP er?” ”Det er jo et begrep som noen bare har laget, men (...) det er jo ikke evidensbasert.” Dorte beskrev derimot på utklippet fra yrkesetiske retningslinjer som et ”fint mål”, men begge etterlyste definisjon av KBP i forbindelse med yrkesetiske retningslinjer, og begge etterlyste debatt om KBP blant norske ergoterapeuter. ”KBP innebærer en annen måte å tenke på, en annen verdiranking av kunnskap og hvordan man forstår kunnskap. Det ville jeg gjerne hatt en debatt på” sa Caroline. Dorte mente at det er ”litt skummelt” at vi bruker KBP som et begrep innenfor faget, uten at vi har en enhetlig forståelse for hva det er. ”Når klinikerne snakker om evidensbasert praksis eller kunnskapsbasert praksis, forstår de det samme med begrepet som de som står i bresjen for den kunnskapsbaserte praksis - bølgen?(..) Og hva forstår ikke minst myndighetene med evidensbasert praksis? Det er som jeg sier, skal vi drive evidensbasert praksis, så må vi ha en grunnleggende forståelse av hva det er.”

”Jeg tenker at for å forbedre og ruste ergoterapifaget i framtida, så er det kanskje viktigere å jobbe med å synliggjøre klinisk resonnering, og det kliniske skjønnet, først og fremst. Forskningsbasert kunnskap kommer etterpå. Brukermedvirkning må jo alltid være utgangspunktet” sa Dorte. ”Og så kan du forske på ergoterapi ut fra de premissene og da bruke den forskningen igjen.” ”Ergoterapi er kontekstuell. Det kan ikke standardiseres. Det er vanskelig å forske på kvantitativt.” ”Og det tenker jeg vi

som fag bare må ta inn over oss” sa Dorte. Caroline stilte seg kritisk til om ”medisinsk forskning” er egnet for helsefagene. ”Leger jobber mye innenfor huden til menneskene, mens vi jobber i kontekst og relasjon. Da er det vanskelig med denne typen forskning”, sa hun.

#### **4.5.4 Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?**

Både Caroline og Dorte var nå tilknyttet en høyskole. De var opptatt av at studentene skulle lære å søke etter forskning, vurdere hva artiklene handlet om og hvilken betydning de kunne ha for egen praksis og implementere god forskning i praksis. De var opptatt av at alle skulle kunne dette og fortsette å bruke det, når de kom ut jobb. I den relasjonelle diskursen tok de også her utgangspunkt i pasient - terapeut relasjonen. De så på det som helt grunnleggende at studentene utviklet klinisk resonnering, refleksivitet, sensitivitet, og gode holdninger. Caroline beskrev at ”man må begynne i praksis, fornemme hva som er betydningsfullt i denne situasjonen.” ”Og så kan man lete etter evidens.” Hun mente man kunne si man jobbet evidensbasert selv om man ikke fant studier på det man jobbet med. ”

Caroline fortalte at mens hun jobbet i psykiatrien, så jobbet hun ”ikke på det der evidensnivået”, men hun var opptatt av å utvikle faget og egen kompetanse, og jobbet også tverrfaglig med kompetanseutvikling. Sammen med kollegaer på høyskolen hadde Caroline nylig arrangert kurs for ”praktikere” og praksisveiledere, om temaet KBP. Hun jobbet nå med et forskningsprosjekt hvor de utviklet en kunnskapsbase ut fra praksis. Dette prosjektet hadde kvalitativ tilnærming, og hun opplevde at det ikke ”passet inn” i KBP. Dorte tenkte tilbake på da hun jobbet som kommuneergoterapeut. Hun trodde hun ville jobbet mer ut fra forskning og vært mer oppdatert på forskning nå, enn hun var den gangen. Men det hadde også kommet an på om hun hadde hatt tilgang til databasene, og om hun hadde hatt rom for dette i arbeidshverdagen. Hun sa

hun hovedsakelig baserte praksis på kunnskap om samhandling med brukeren, og hvordan situasjonen var for denne, kombinert med aktivitetsparadigmet. KBP var ikke ”i tiden” da. ”Jeg tenker det å kunne begrunne det man gjør med å si at dette er helt i tråd med siste forskning på området, er nok veldig ”stas”, både i forhold til samarbeidspartnere, og en trygghet for brukeren.”

Både Dorte og Caroline var opptatt av forskning og fagutvikling for å forbedre pasientbehandlingen. De mente randomiserte kontrollerte studier er viktige å bruke, men at andre design må brukes for å belyse andre sider ved helsefagene. På verdensbasis er det gjort forholdsvis lite effektforskning i store studier innen ergoterapi, men det er viktig å vise til denne type forskning, sa Caroline. Dorte snakket om at det er mange ”områder som ikke er belagt forskningsmessig og teoretisk, for eksempel innen kommunehelsetjenesten”. Da må ”du jo gjøre noe, selv om det ikke er forskning på feltet.” Dorte beskrev en utfordring for ergoterapeuter: ”Å bygge opp vår egen forskningsbaserte kunnskap og bruke den mer i praksis”, og målet må jo være at vi etter hvert opparbeider så stor forskningsbasert kunnskapsbase at vi på en måte kan stå på egne bein og bruke det.”

En annen utfordring Dorte pekte på, var tilgjengeligheten til forskningen. Hvordan vi kan få tilgang til den og hvordan vi kan tilegne oss kompetanse å vurdere og anvende den kunnskapen som kommer. Caroline erfarte at det var vanskelig å finne blant annet relevant forskning i forhold til psykiatri, og kvalitativ forskning generelt. Det var enklere å finne randomiserte kontrollerte studier, sa hun. Caroline syntes hun fant lite hun hadde nytte av på ”Helsebiblioteket”. Hun opplevde også at forskningstradisjonen fortsatt var litt fremmed for norske ergoterapeuter. Dersom alle ergoterapeuter i Norge skal jobbe forskningsbasert, mente hun at vi må ha en utdanning på 5 år og på masternivå. Alle utdanningene må også få videreutdanninger om KBP.

#### **4.5.5 Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som har forankring i den relasjonelle diskursen**

Både Caroline og Dorte arbeidet nå i et høyskolemiljø. De hadde kollegaer som var ergoterapeuter, som hadde annen helsefagbakgrunn, og også kollegaer fra andre faggrupper. Arbeidsmiljøene deres var preget av skepsis til KBP. Mange i miljøet hadde tilegnet seg kunnskap om KBP og var skeptiske til det, men de var opptatt av fagutvikling og forskning. De snakket også om at studentene var vesentlige i det lokale miljøet. De hadde tidligere jobberfaring fra blant annet kommunehelsetjeneste og psykiatri. Begge reflekterte både i forhold dette og ”lærerjobben” når de snakket om KBP.

### **4.6 Den kliniske diskursen**

Alle ergoterapeutene som deltok i fokusgruppa, fremstod med en forankring i en klinisk diskurs. Diskusjonen i fokusgruppa opplever jeg at illustrerer noe av den diskusjonen om KBP som er i ferd med å komme i gang i ergoterapimiljøet i Norge. Derfor gjengir jeg relativt mye av informantenes utsagn. Mange av utsagnene følges i intervjuet av et ”mm” fra en eller flere av de andre informantene og noen ganger også fra meg. Disse ”mm”ene har jeg ikke tatt med her. Deltakerne i fokusgruppa oppmuntret hverandre og bekreftet hverandres uttalelser. Med denne fremstillingsmåten vil jeg vise noe av diskusjonen og samspillet i fokusgruppa, og jeg vil samtidig vise at disse dataene er skapt på en annen måte og dermed er av en annen kvalitet enn dataene i de andre diskursene.

#### **4.6.1 Hvordan beskriver de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen, sin forståelse av kunnskapsbasert praksis?**

De ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs beskrev, at KBP og EBP var det samme, og at de forstod det slik som beskrevet i modellen til



kunnskapssenteret. KBP var bare en norsk oversettelse av EBP. Det var denne forståelsen av KBP de hadde fått gjennom internundervisningen på sykehuset. Finn tok ergoterapiutdanningen i et engelskspråklig land relativt nylig, og fikk dermed inn evidensbegrepet i utdanningen. Etter at han begynte å jobbe på dette sykehuset, hadde han brukt begrepet kunnskapsbasert praksis.

Gro: ”Men det er vel en diskusjon på det der. Jeg tenker evidensbasert, er ikke det bare en annen måte, - det er jo det samme evidensbasert og kunnskapsbasert praksis. Evidensbasert kommer fra det engelske ”evidence - based practice”. Det er bare noen som har valgt å ikke oversette det, mens den norske oversettelsen er kunnskapsbasert praksis. Det skal inneholde det samme.”

Finn: ”For meg gjør det det. Når jeg bruker det og tenker på det, så mener jeg det samme.”

Ingrid: ”Jeg tenker at for meg er kunnskapsbasert litt videre. Men det er sikkert rett oversatt. Men ”evidens” liksom, *beviset*, tenker jeg på. Kunnskapsbasert da ser jeg den tredelingen som jeg har lest om, pasientens innfallsvinkel, erfaringene til terapeuten og kunnskap, at det er tre. For meg blir det litt videre enn bare evidens. Så jeg likte faktisk ordet kunnskapsbasert bedre enn evidens. Jeg fikk litt panikk når jeg tenkte evidens.”

Gro: ”Nå studerer jeg på engelsk, og det begrepet som brukes på engelsk er EBP. Det inneholder alle de tre, den tredelingen som du nå har snakket om. På engelsk har man ikke noe skille. Det ordet som brukes på engelsk er EBP.” Hun henvendte seg til Finn: ”Og du som har studert i et engelskspråklig land, du kjenner...”

Finn: ”Det var det vi brukte og jeg er enig med deg i det. Vi brukte det om ikke bare vitenskapelige artikler, men også det som blir gjort i klinikken og pasientens erfaringer.”

Hanne: ”Men hvordan har det seg at vi sitter og tviler på det, tenker jeg. For meg også høres det liksom så voldsomt ut med evidens. Det er på en måte en sånn misoppfatning som jeg tenker det, som kanskje er spredd litt rundt i miljøet. At vi

kanskje tenker at evidens, da skal alt være forskningsbasert og du skal på en måte ha de her kontrollerte studiene og alt som ligger bak det.”

Gro: ”Jeg tenker at i oversettelsen av begrepene, og det at man bruker evidensbasert og kunnskapsbasert om hverandre. Og som du sier, folk kan legge forskjellige ting i det. Men det er jo det samme, men det høres annerledes ut, evidensbasert og kunnskapsbasert. Jeg tenker at dette er en misforståelse, en stor misforståelse innen faget vårt som vi virkelig bør oppklare.”

Hanne: ”Da har vi sjansen nå!”

Finn: ”Jeg tenker på andre yrker, som medisinstudiet, at evidens linkes mer mot faste bevis, altså artikler og vitenskapelige tidsskrifter. At det kanskje er lett for oss å tenke mer i den banen og at det kanskje er en del av den misoppfatningen?”

Hanne: ”Jeg tror det startet som et begrep, altså det med evidensbasert, startet ut fra medisin med de kontrollerte studiene og statistikk. Og det har det også vært en del kritikk i det miljøet på, sånn som jeg har oppfattet det.”

Finn: ”Jeg husker jo det var også som en del av studiet, når vi hørte evidensbasert, så tenkte de fleste på artikler, og å hele tiden å måtte vise. Det var vel få av oss som når vi begynte på dette, tenkte at det også inneholdt pasientens oppfatning og terapeutens intervensjonsmetoder i klinikken. Det var litt videre enn det vi så for oss kanskje.”

Ingrid: ”Det var en lettelse for meg. Jeg skjønnte at det var ikke bare bevis. Første gangen jeg hørte ”evidensbasert”, tenkte jeg at da kan jeg bare tusle hjem. For hvor mye klarer jeg å bevise hver dag? Men det er klart det, hva er et bevis? Det er kanskje en diskusjon det også, for det er jo mange måter å bevise det på, tall, bilder og mange ting. Men jeg likte det der: Erfaringen og pasientens ideer. Men det er jo en selvfølge at vi skal jobbe mot å få kunnskaper. Det er viktig. Vi må hele tiden lytte til alt som er nytt og komme videre. Det er jo en selvfølge. Men det igjen tar tid. Har alle overskudd til å lese artikler hver eneste ettermiddag og helger og?”

Hanne: ”Men det er ikke bare det. Jeg tenker at du skal jo også ha forståelse for det du leser. Og det må jo læres. Du lærer ikke nok om statistikk i grunnstudiet til å kunne sette deg ned å lese en komplisert artikkel. Så det der henger også litt i lufta. Hvordan greie å få folk oppdatert nok til å skjønne det de faktisk leser og trekke noen konklusjoner av det?”

Ingrid: ”Og da tenker jeg at når man skriver artikler, så er det et poeng at man bruker et språk som flest mulig klarer å forstå.”

Gro: ”Men det er ikke alltid lett heller, fordi de ulike tidsskriftene har veldig klare regler for hvordan artikler skal skrives, både i forhold til statistikk og grafer og hva du kan presentere. Men jeg ser også det, dette vi snakket om at det startet ut veldig snevert medisinsk, med tall og forskningsresultater og sånn. Men spesielt innen ergoterapien de siste årene, så har det blitt mer og mer fokus på dette med kvalitative studier og forskning. Og at det aksepteres nå som bra. Det er jo en utvikling som kanskje dreier litt mer bort fra disse forskningsresultatene, mer mot dette med erfaringer, altså terapeutens erfaringer og pasientens erfaringer. Sånn at begrepet også kanskje har utvidet seg en del de siste årene ”

(---)

Finn sa han oppfattet at KBP innebærer at man skal ”tilegne seg kunnskap, enten det er gjennom tidsskrift eller terapeuterfaringer eller pasientens opplevelse”.

Gro fortsatte: ”Jeg tenker at den praksisen vi driver som ergoterapeuter, skal være forankret i kunnskap. At vi vet hvorfor vi gjør som vi gjør. Det skal være bevist at dette her er bra. Enten da sånn som vi har snakket om, denne tredelingen, gjennom resultatene av forskningen, som viser sånn og sånn, eller den kliniske erfaringen vi som terapeuter har etter mange år, og så i forhold til hva pasientene foretrekker.

Hanne: ”Så kommer begrepet, ”beste praksis”, også inn i dette her. Altså det skal være den som er det midlet vi har for å få til best mulig praksis.”

Gro: ”Det er jo pasientene det skal gagne til syvende og sist! Pasientene skal få best mulig behandling.”

#### **4.6.2 Hvordan har de utviklet denne forståelsen?**

Gro, Hanne og Ingrid er alle utdannet før KBP ble tema i ergoterapeututdanningen. Finn har tatt ergoterapeututdanningen etter at KBP - tankegangen kom inn.

Hanne: ”Jeg synes det opplegget som sjefen vår satte i gang, har lyst opp dette feltet veldig. Og det er jo der vi har fått forståelsen av den tredelingen. Vi har jobbet veldig hardt inn mot å få den forståelsen av begrepene og hvordan vi skal bruke det. Vi har fått en del trening i hvordan vi skal søke artikler. Så det har ligget mye i den pakken. Det er jobbet intenst for å få oss opp på det nivået som faggruppe på sykehuset. Det har vært et obligatorisk opplegg. Det er pålagt fra foretaksledelsen, og det gjelder jo alle faggruppene etter hvert. Det er bra.”

Ingrid: ”Jeg merket jo at det satte i gang noen tankeprosesser som var gode. Og det var noen artikler i ”Ergoterapeuten” også. Og så har vi jo diskutert oss i mellom.”

Finn: ”Sånn at det har vært både mye ny informasjon, men også en forståelse av kanskje et litt annet synspunkt, en annen vinkling på det enn det vi fikk gjennom skolen.

Gro:” Gjennom praksisvinklingen tenker jeg vi har lært mye. De ulike avdelingene har diskutert seg i mellom hvordan forstår vi dette? Hvordan vil vi jobbe med det? Hva er det vi trenger i forhold til vår praksis å vite noe om? Og så går man og søker direkte i forhold til det temaet, og finner noe og leser og vurderer om det er relevant. Så det er en veldig praktisk måte det er blitt gjort på i denne undervisningen.”

Hanne: ”Vi er privilegert som er så mange at vi faktisk kan ha det som en utdanning i jobben. Det er litt verre å sitte alene i en kommune et sted og skulle prøve å sette seg inn i alt dette her, tenker jeg. Det er nesten uoverkommelig.”

Gro trakk også fram at det er føringer fra høyere nivå i forhold til utviklingen i helsevesenet som tilsier at KBP er viktig. Vi må forholde oss til det, og hvis det gjør praksisen vår bedre, så er det jo veldig bra, sa hun.

Forståelsen de erfarne klinikerne har av KBP er altså hovedsakelig utviklet i løpet av internundervisningen på sykehuset, i miljøet på arbeidsplassen. Her skulle alle faggrupper få opplæring i KBP. Finn hadde fått innblikk i KBP – tankegangen i grunnutdanningen, mens Gro og Hanne nevnte at KBP hadde vært tema på masterstudiene de holdt på med. Spesielt Gro trakk inn denne utdanningen når hun snakket om KBP.

#### **4.6.3 Hvordan ser de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen, på forholdet mellom ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?**

Når de ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske diskursen, snakket om forholdet mellom faget og KBP, trakk de fram forskningen, evidensen. De erfarne klinikerne var opptatt av hvordan de kunne finne relevant og god forskning. De sa det som ofte preger ergoterapistudier, er at de er små. Det er lite spesifikk ergoterapiforskning å finne på de aktuelle pasientgruppene. Det finnes mer relevant forskning på mer ”overordnede” emner. De trakk frem at det er vanskelig å ”måle” effekten av ergoterapiintervensjonen i et tverrfaglig behandlingsforløp.

Finn: ”Gjennom de oppgavene som jeg har jobbet med, så har jeg syntes at det ofte er veldig vagt det som ligger til grunn for ergoterapien. Og de artiklene som jeg har lest, det er vel ikke bare for ergoterapi, men det følges jo alltid opp med at det ikke er nok evidens, eller at det ikke er nok forskning bak det. Og at videre forskning trengs innenfor dette området, uten at det blir gjort noe med det. Sånn at når jeg jobbet med min oppgave, så følte jeg til tider en frustrasjon; at det ikke var nok fastspikret evidens.”

Hanne: ”Og det er vel det som også preger ergoterapistudier, at det er veldig små data, små studier rundt omkring på forskjellige sykehus. Det er liksom ikke noen store studier vi kan finne.”

Gro: ”Det er veldig lite spesifikt for ergoterapifaget og intervensjonen i forhold til pasienter med hjerneskade.(..) Det er mange ting som det kanskje ikke er så lett å bevise innen faget vårt.” Gro snakket videre om å måle effekten av ergoterapiintervensjonen i en tverrfaglig behandling. Hun sa det ville være nesten umulig å si om det var ergoterapien eller hele den tverrfaglige behandlingen som førte til at pasientene hadde fremgang. ”Men det er jo kjempespennende, og det finnes noen studier som er gjort i forhold til ergoterapiintervensjon som viser at det er effekt bak det”

Hanne trakk frem at det er et økonomisk spørsmål. Det er ikke penger til å gjøre ”de gode studiene”. Hun trodde dessverre ergoterapifaget stilte ganske langt ned på prioriteringslista der. ”Det er noe av det negative som kan ligge i en evidensbasert eller en kunnskapsbasert tilnærming. Hva er det vi bygger på? Er det så flott som vi tror?”

Gro nevnte nederlandske Esther Steultjen som forsket på ergoterapistudier i forbindelse med doktorgraden sin. Hun måtte forkaste mange av studiene, fordi de var av ”utrolig dårlig kvalitet”. ”Har vi høyt nok kompetansenivå på forskningsmetodikk?” spurte Gro.

Ingrid tenkte på enkelttimer i det daglige. Hun spurte seg om timen hadde vært god, om hun hadde truffet pasientens mål, om pasienten opplevde mestring. ”Og dette kan jo ikke måles, men det er noe med kvaliteten.” ”Hvis vi sørger for pasientens mål, initiativ og motivasjon og min erfaring. Det hender jeg tenker yes, i dag har jeg fått det til”. Og når hun fant ut at det var forskningsartikler på det også, da tenkte hun at ”vi har mer enn 66 %”.

Gro sa det ikke er bra nok i ”dagens helseklima” å gjøre som man alltid har gjort. Man må sette av tid til fagutvikling og til å oppdatere seg. Derfor er det så bra med denne internundervisningen om KBP.

Finn fortalte om noe han hadde opplevd som student. Han hadde vært med å gjennomføre en spørreundersøkelse om viktigheten av å ha ”guidelines” for behandling av en pasientgruppe. De hadde da fått svar fra en terapeut som sa at det ikke var nyttig i det hele tatt, for de var vant til å gjøre det på sin måte. Det var uaktuelt å komme med nye forslag. ”Det er noe med å holde seg oppdatert på det som skjer og heve kompetansen” sa Finn.

Hanne mente det kan være en fare med ”guidelines”, at man kan bli ”hengende fast” i en gammel behandlingsmetode.

I tillegg til å snakke om forskningskunnskapen, var de opptatt av å holde seg faglig oppdatert og utvikle behandlingstilbudet til pasientene når de så på forholdet mellom ergoterapi og KBP.

#### **4.6.4 Hvordan har de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen, integrert forståelsen av kunnskapsbasert praksis inn i egen praksis?**

De ergoterapeutene som hadde forankring i en kliniske diskurs, beskrev flere eksempler på KBP i egen praksis. Disse eksemplene var på forskjellige nivå, fra enkeltbehandlingstimer til hele tilnærmingemetoden tverrfaglig til en pasientgruppe. Jeg valgte å legge vekt på praksis i intervjuet med de erfarne klinikerne. Det er i praksis KBP anvendes. De fikk også spørsmål om hvilke utfordringer de så for å kunne jobbe enda ”mer kunnskapsbasert” enn de allerede gjorde. Dette temaet kommer til slutt i dette avsnittet. I de individuelle intervjuene var ikke dette eget tema.

Ingrid fortalte om en pasient med store kognitive vansker. Han hadde som mål å klare å knytte skolisser. Hun fortalte hvordan hun hadde jobbet med dette sammen med pasienten. Pasienten klarte det, ennå hun ikke helt hadde trodd det på forhånd. Det ble ”beviset” for henne. Hun fortalte også et eksempel på bruk av teknikker i forhold til en veldig spastisk pasient. Spasmene til pasienten løsnet, og det opplevde hun som ”beviset” på at teknikkene fungerte. Men det blir fortsatt sagt at teoriene bak disse teknikkene, ikke er ”bevist”.

Hanne så på dette som at Ingrid brukte sin erfaring for å vurdere om tiltaket fungerte og mente at ”da vil en av erfaring også skjønne at det ikke virker, de gangene det ikke virker”.

Gro: ”Da sitter jeg og tenker på at det er ikke bevist nei, det er ingen som har skrevet en artikkel om det.” Hun fortalte at de hadde sett mange eksempler på at disse teknikkene hadde fungert, og mente at en må ta seg tid til å dokumentere det, skrive en liten artikkel, en case study på en pasient. ”Så har vi plutselig noe som andre kan lære noe av.”

Hanne opplevde ofte at hun fant forskning om pasientgruppa, men akkurat på det spesifikke som hun var ute etter, for eksempel i forhold til håndfunksjon, så var det ikke relevant forskning å finne. De jobbet derfor på bakgrunn av erfaring, ”gammel kunnskap” og det de hadde lært på forskjellige steder. ”Da har man jo på en måte utvidet begrepet enda mer. Da har man tatt inn alt det som man vet fra før også.”

Finn fortalte et eksempel på hva de hadde gjort i forbindelse med internundervisningen om KBP. Noen hadde fokusert på en bestemt håndfunksjonsundersøkelse og søkt etter forskningsartikler om denne. De hadde da funnet ut at dette ikke var et så reliabelt instrument som de trodde på forhånd. Instrumentet ble brukt mindre enn de trodde, og det var lite forskning på det. Det førte til at de begynte å bruke en annen undersøkelse mer i stedet.

Hanne fortalte at de hadde blitt mer bevisste på hvordan de ”testet” etter dette. Andre ting enn pasientens funksjonsnivå spiller inn på testresultatene, for eksempel om de er



slitne av annen behandling eller om de er uthvilte når testingen foregår. KBP – opplæringen hadde satt i gang mange prosesser i ergoterapigruppa fortalte hun. Dette var et eksempel på det.

Ingrid fortalte om en pasient som hadde begynt å tegne igjen. Hun brukte lang tid på å få ham til å gjøre det. Pasienten ble så fornøyd at hun fikk tegningene av ham. Det at en person ”kommer i gang igjen”, det ble for henne et bevis. ”Men hva er et bevis?” undret Ingrid.

Gro hadde et eksempel på hvordan noen ergoterapeuter hadde lært en ny tilnærming til hjerneskadepasienter. Erfaringene deres tilsa at det fungerte bra, og det var gjort noen studier som viste at det fungerte bra. Dette kan komme til å føre til at de endrer hele behandlingsopplegget for disse pasientene. ”Så du har liksom mange nivåer på eksempler i forhold til kunnskapsbasert praksis”.

Hanne og Finn fortalte også et annet eksempel på at de hadde endret praksis. De laget nå håndorthoser på en annen måte, etter de hadde fått kunnskap om resultater av forskning som var gjort av ergoterapeuter i Sverige. Denne endringen hadde også bakgrunn i nevrologisk forskning. Det er en utfordring å fange opp sånne nye funn. Det holder ikke bare med de studiene ergoterapeuter gjør. ”Ergoterapistudier er også fint, men vi må se det vi gjør i sammenheng med det andre gjør. Det blir veldig tydelig i tverrfaglige team når vi har mange tiltak samtidig” sa Hanne. Gro fortalte fra et seminar hun hadde vært på. Der hadde de snakket om at man ikke skulle se på bare en faggruppe, men fokusere på tverrfaglig forskning.

Gro sa at hun syntes det er bra å kunne si til pasientene at det er forskning som viser at denne behandlingen ”funker”, at det ikke bare var noe de trodde.

Fokusgruppa diskuterte også hva som skulle til for å jobbe enda ”mer kunnskapsbasert” enn de gjorde nå. De erfarne klinikerne så det som en utfordring å implementere KBP i en travel hverdag. De mente man måtte ta seg tid til å lese artikler, og gå ut og gjøre studier selv også. Men ”rammene ligger jo ikke akkurat til rette for det” sa Hanne. Gro nevnte at de var pålagt å holde seg oppdatert i

helsepersonelloven, og at de gjennom yrkesetiske retningslinjer var forpliktet til å holde seg oppdatert. ”Det kreves også når vi jobber på et sykehus. Men ingen gir oss tre timer i uka!” Hun mente at det også handlet om holdninger, prioritering og organisering i en travel hverdag. ”Jeg tror ikke vi får mer tid i fremtiden. Vi må rett og slett bare bli mer bevisst på hva vi gjør og hvorfor vi gjør det. Vi må tenke langsiktig og sette av en time i ny og ne for å jobbe med dette.” ”Utviklingen innen helsevesenet går mot en retning hvor KBP er viktig. Vi kan ikke velge å ikke forholde oss til det”, sa Gro. Hanne mente det ville bli vanskelig i lang tid fremover å forkaste det gamle, når det kommer noe nytt, som har forskning bak seg. De snakket også om at det ikke er lett å implementere en ny intervensjon, når ikke alle ”vil” være med på det.

De snakket om effektiviseringen i helsetjenesten og så farer i ”nedskjæringstider”, når man må kjempe om ressursene. De beskrev at legestanden var veldig tro mot det forskningsbaserte, mens vi hadde mer vage data på det vi gjør. Vår erfaring holder ikke. Det er en fare for at dette kan misbrukes, mente Hanne.

De beskrev det som en fare at ikke alle ergoterapeuter og annet helsepersonell har kompetanse nok til å vurdere forskningsartikler. Det kan føre til at de tolker og bruker resultatene feil. Formen på og språket i forskningslitteraturen er med på å skape avstand mellom klinikk og forskning mente de. Hvem snakker og skriver man for, forskerkolleger, pasienter eller klinikere? Samtidig var de klar over at formen på artiklene i stor grad defineres av tidsskriftene. Hanne pekte på en utfordring sykehusene og helsetjenesten har; å inkludere de med mastergrader og doktorgrader og sørge for at deres kompetanse kommer til nytte. Fokusgruppa snakket også om å inkludere forskning i klinikken og om klinikknær forskning

Internundervisningen de hadde hatt om KBP, hadde gjort det lettere for dem å bruke internett når de hadde en aktuell problemstilling. De opplevde at det gikk fort og lettere når de ble vant til det. Når de snakket om integrering av KBP i praksis, snakket de mye om å finne, vurdere og anvende forskningskunnskap i praksis, selv om de poengterte at KBP inneholdt to andre elementer også. De var opptatt av at man må

paske på å ikke bli ”opphegt i forskning” og forskningsbasert kunnskap, slik at man ikke ser at KBP har flere elementer i seg.

#### **4.6.5 Den lokale konteksten til de ergoterapeutene som har forankring i den kliniske diskursen**

De erfarne klinikerne jobbet i et somatisk sykehusmiljø. De hadde alle deltatt i internundervisning om KBP. Dette var pålagt av både fagledelsen og sykehusledelsen. De beskrev hvordan de hadde samarbeidet med kollegaer og funnet frem til forskning på aktuelle problemstillinger fra praksis. Dette hadde i noen tilfeller ført til endring av praksis. Arbeidsmiljøet deres er preget av en positiv innstilling til KBP. Alle brukte det inn i sin praksis, men de forskjellige faggruppene hadde ikke kommet like langt i å implementere KBP. Det pågikk forskningsprosjekter på sykehuset, og informantene var opptatt av både forskning på ergoterapi og forskning generelt.

## **5. Ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser, møtes til debatt om KBP**

### **5.1 Innledning**

I forrige kapittel ble datamaterialet presentert ut i fra de fire forskjellige diskursene som fremtrådte i materialet. Nå vil jeg la ergoterapeuter som har forankring i de ulike diskursene, møtes for å belyse problemstillingen, hvordan forstår og utvikler ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis.

Ser vi på hvordan informantene snakket om de ulike forskningsspørsmålene, er det innholdsmessig nær hverandre og til dels sammenfallende. Informantene anvendte sin forståelse av KBP og sin vei til denne forståelsen når de reflekterte rundt forholdet mellom ergoterapifaget og KBP og integrering av KBP i praksis. Samtidig anvendte de sin erfaring når de reflekterte i forhold til KBP.

I dette kapitlet vil jeg først belyse hvordan ergoterapeuter forstår kunnskapsbasert praksis, og deretter hvordan de utvikler kunnskapsbasert praksis. I hver av disse delene vil jeg først diskutere særpreg hos ergoterapeuter som har forankring i hver av de ulike diskursene. Deretter vil jeg belyse hvordan ulikhetene utfordrer hverandre.

Til slutt vil jeg peke på noen utfordringer fremover, ut fra hvordan ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser, utfordrer hverandre, og utfordringer som jeg ser fremtrer ut fra informantenes beskrivelser. Samspillet mellom kontekst og diskurs forsøkes tatt inn i fremstillingen.

Fremstillingen er å anse som min konstruksjon av hvordan materialet fremtrer. Hvert intervju var en selvstendig begivenhet. Når det gjelder hvilke tema som omtales, ble dette litt forskjellig i de forskjellige intervjuene. I fokusgruppeintervjuet la jeg vekt på praksis og det praksisnære i større grad enn i de individuelle intervjuene, siden alle disse ergoterapeutene jobbet klinisk.

## 5.2 Hvordan forstår ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis?

### 5.2.1 Særpreget ved hvordan ergoterapeuter som har forankring i de ulike diskursene, forstår KBP.

De ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske diskursen, var preget av at de både var i og reflekterte ut fra klinisk praksis. De vurderte KBP og andre tema ut fra hva det kan bringe med seg som er nyttig og relevant for pasientene. De så på KBP som en egnet metode for å oppdatere fagkunnskapen sin og behandlingstilbudet de gir til pasientene. Det var bare her ergoterapeutene sa de forstod og anvendte KBP tilsvarende kunnskapssenterets modell. De fant ikke alltid anvendbar forskning, derfor jobbet de på bakgrunn av erfaring og ”gammel kunnskap”. Dette beskrev de som at de utvidet begrepet KBP. Da tok de inn alt det som de visste fra før også. Det ser ut til at de mener at ”gammel kunnskap” ikke skal regnes inn i kunnskapsgrunnlaget for KBP. De skilte ikke på dette de som hadde forankring i andre diskurser.

De ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen, var særpreget av fokuset på forskning og forskningskunnskap. KBP handlet kun om forskning for å vurdere effekt av tiltak på gruppenivå. Brukerkunnskap og terapeutens erfaring rangeres foran i klinisk praksis, men er ikke en del av KBP. De forstår KBP

som mindre omfattende, enn de ergoterapeutene som hadde forankring i de øvrige diskursene. De så bare to møtepunkt mellom ergoterapi og KBP; som den tredje kunnskapskilden i praksis, og som dokumentasjon av tjenesten til bevilgende instanser. Fokuset var på å gjøre KBP og forskningskunnskapen tilgjengelig for klinikerne, men de mente at ergoterapeuter allerede driver god praksis med bakgrunn i de tilgjengelige kunnskapskildene.

De ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle diskursen, reflekterte forankret i pasient – terapeutrelasjonen når de reflekterte i forhold til KBP, selv om de ikke hadde noen klinisk praksis nå. De forstod at KBP innebar at all praksis skal være forskningsbasert. Kvantitativ forskning rangeres høyest i KBP. Dette mente de ikke harmonerte med ergoterapi og andre helsefag, som stiller krav til klinisk skjønn. Erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap var ikke verdsatte kunnskapskilder i KBP. Disse kunnskapskildene må rangeres først i klinisk praksis, og de må utvikles og belyses gjennom forskning, mente de. De stilte seg kritiske til fenomenet KBP, men la stor vekt på anvendelse av forskningskunnskap i klinikken.

De ergoterapeutene som hadde forankring i den teoriforankrede diskursen, beveget seg mellom teori og praksis i refleksjonen, og brakte med seg teori og forskning inn i praksis. Her kom det frem to ulike forståelser, KBP forstås tilsvarende kunnskapssenterets modell og anvendes i daglig praksis, mens EBP forstås som å jobbe forskningsbasert. Forskningskunnskap rangeres her først, brukerkunnskap som nummer to og terapeutens erfaringskunnskap som nummer tre, men brukerens behov er likevel utgangspunktet for alle tiltak.

### **5.2.2 Hvordan utfordrer de ulike forståelsesmåtene av KBP hverandre?**

Når ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser, møtes og utfordrer hverandre, trer det frem både likheter og forskjeller. Noen fellestrekk finner vi igjen hos alle. Alle ergoterapeutene var kjent med at fenomenet KBP har opphav i det internasjonale EBP. Forskning og anvendelse av forskningskunnskap snakket alle om når de snakket om KBP. Alle inkluderte å anvende forskningskunnskap fra kvantitative studier, for å planlegge behandlingstilbudet til enkeltpasienter eller til en pasientgruppe i KBP. At forskningskunnskapen skulle anvendes sammen med brukerkunnskap og terapeutens erfaring, mente alle ergoterapeutene, uansett hvilken diskurs de hadde forankring i.

Alle ergoterapeutene snakket mye om forskningskunnskap når de snakket om KBP. Det ser ut til at de oppfattet det som det nye og spesielle ved KBP. De ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, snakket om at ergoterapeuter trenger mer kunnskap om forskningsmetode enn det de hadde fått i grunnutdanningen, for å kunne forholde seg til forskningskunnskapen. Mens de ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte og den relasjonelle diskursen, var opptatt av å gjøre forskningskunnskapen tilgjengelig for klinikere, og å gi dem kompetanse på å vurdere og å anvende den.

Når det gjelder brukerkunnskap og erfaringskunnskap, fremstod det nærmest som en selvfølge, at terapeuten alltid anvendte denne kunnskapen optimalt. De ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske diskursen, så imidlertid en fare for at forskningskunnskapen fikk for stort fokus i forhold til de to andre elementene i KBP. Det virket som det var innarbeidet i deres måte å arbeide på, at de alltid tilpasset behandlingen til brukeren og utnyttet egen erfaring. Hos ergoterapeutene med forankring i den forskningsbaserte diskursen, var det tillitt til at brukerkunnskap og egne erfaringer utnyttet til fulle. For ergoterapeutene med forankring i den relasjonelle diskursen, virket dette også som en selvfølge, men de uttrykte behov for

forskning for å belyse disse kunnskapsområdene også. For ergoterapeutene som hadde forankring i den teoriforankrede diskursen, var det en selvfølge at utgangspunktet for all behandling var hos brukeren. Det fremstod nærmest som underforstått hvor vesentlig erfaringskunnskap, brukerkunnskap og brukervedvirkning var i praksis for alle ergoterapeutene, uansett hvilken diskurs de hadde forankring i, men det var forskjellig hvordan de så på dette i forhold til KBP.

Ergoterapeutene rangerte kunnskapskilder forskjellig, ut fra hvilken diskurs de hadde forankring i. De som hadde forankring i den forskningsbaserte og den relasjonelle diskursen, hvor de hadde mest forskerererfaring, rangerte brukerkunnskap og erfaringskunnskap foran forskningskunnskap i klinisk praksis. Men ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen, regnet bare forskningskunnskapen inn i KBP. Ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle diskursen, anså derimot at KBP rangerte forskningskunnskapen øverst. De ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, rangerte kunnskapskildene likt, selv om de snakket mest om forskningskunnskap når de snakket om KBP. Ergoterapeutene som hadde forankring i en teoriforankret diskurs, rangerte derimot forskningskunnskapen øverst, men sa likevel at brukerkunnskapen må være utgangspunktet for all praksis.

Begrepene KBP og EBP hadde informantene ulike syn på. De ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte og den relasjonelle diskursen, delte oppfatningen av at EBP var et bedre begrep enn KBP for å beskrive dette fenomenet. KBP ble av dem oppfattet som et videre begrep enn EBP. Denne oppfatningen av KBP som et videre begrep, delte de med ergoterapeutene som hadde forankring i den teoriforankrede diskursen, hvor de definerte EBP og KBP forskjellig. Ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske diskursen, beskrev derimot at KBP og EBP var det samme. KBP var bare den norske oversettelsen av EBP.



Kunnskapssenterets konstruksjon av begrepet KBP og deres beskrivelse av fenomenet KBP stilte de ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte og den relasjonelle diskursen seg kritiske til. Her skilte de seg fra de andre. De oppfattet at kunnskapssenteret presenterte en modell med tre likeverdige elementer, men mente at kunnskapssenteret gikk videre og promoterte kun forskningsdelen, ikke kunnskapen fra brukeren og terapeuten. De kritiserte dette på bakgrunn av at man tilslørte hva man egentlig var ute etter, nemlig forskningskunnskapen. De ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle diskursen, kritiserte dette også fordi de opplevde at forskningskunnskapen ble rangert høyest. Det fremtrer tydelig at det eksisterer ulike forståelser av KBP blant helsepersonell i Norge. De ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle og i den forskningsbaserte diskursen, mente kunnskapssenterets fremstilling ikke bidro til å avklare hva KBP er. Ergoterapeutene som hadde forankring i den teoriforankrede og den kliniske diskursen, problematiserte derimot ikke kunnskapssenterets fremstilling. De hadde lært den som KBP.

Forståelsen av kunnskapsbasert praksis fremstod altså forskjellig hos ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser. De la vekt på ulike ting når de beskrev hvordan de forstod KBP. Forståelsen varierte fra ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, hvor KBP bestod av tre likeverdige elementer, jamfør kunnskapssenterets modell, til ergoterapeutene som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs, hvor KBP bare handlet om effektforskning for å velge eller dokumentere tiltak. Ergoterapeutene som hadde forankring i en relasjonell diskurs, forstod at KBP innebar at all praksis skulle være forskningsbasert, fortrinnsvis gjennom kvantitative studier, mens de som hadde forankring i den teoriforankrede diskursen, opererte med to ulike definisjoner, KBP for daglig praksis og EBP for forskningsbasert praksis.

Det mangfoldet av forståelser av KBP som fremtrer i materialet, skisserer et bilde av hvordan dette fremtrer blant ergoterapeuter i Norge. Vi skimter et komplekst landskap av forståelser av KBP som vi skal forholde oss til. Samtidig ser vi likhetstrekk mellom de ulike forståelsene.

## 5.3 Hvordan utvikler ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis?

### 5.3.1 Særpreg ved hvordan ergoterapeuter som har forankring i de ulike diskursene, utvikler KBP.

De ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, skilte seg fra de andre ved at internundervisningen de hadde fått på arbeidsplassen, hadde hatt størst betydning for hvordan de forstod og brukte KBP. De brukte nå dette for å utvikle behandlingstilbudet til pasientene, både innen ergoterapi og tverrfaglig. Eksemplene på KBP fra deres praksis var på flere nivå, fra enkelttimer med enkeltpasienter, til hele tilnærmingsmåten til en pasientgruppe. Det var utfordrende å endre behandlingstilbudet som følge av KBP, hadde de erfart. Nå som de begynte å få erfaring med å bruke forskningsdatabasene, gikk dette lettere og raskere.

Finn hadde hatt en annerledes vei til KBP enn de andre, siden han lærte KBP i ergoterapeututdanningen. Forståelsen hans hadde utviklet seg gjennom internundervisningen og i miljøet på sykehuset, slik at den nå samsvarte med hvordan de andre ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs forstod KBP. Finns utvikling er et eksempel på at forståelsen av KBP kan endres over tid og i ulike kontekster.

Det som særpreget ergoterapeutene som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs, var at internasjonale kilder og samarbeidet med internasjonale miljø hadde størst betydning for forståelsen av KBP, og for hvordan de jobbet med KBP nå. Det

var bare her utdanninger eller internundervisning ikke hadde betydning for forståelsen og utviklingen av KBP.

De jobbet nå for å gi andre kunnskap om hvordan forskningskunnskap kan inspirere og informere dem til å utvikle sin kliniske praksis, og dokumentere tjenesten for ledere og bevilgende myndigheter. I en tidligere jobb hadde de brukt forskningskunnskap som grunnlag for forebyggende råd. Slik generell kunnskap er lettere å overføre fra forskning til praksis.

De ergoterapeutene som hadde forankring i en relasjonell diskurs, befant seg i miljøer med mye kunnskap om KBP, men også kritiske spørsmål til KBP. Disse miljøene hadde vært viktige for hvordan de hadde utviklet sin forståelse av KBP, og hvordan de anvendte dette i sitt arbeid. De la mer vekt på betydningen av videreutdanninger enn det de andre ergoterapeutene gjorde.

De ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle diskursen, sa om egen kliniske praksis, at de aldri hadde jobbet på det ”forskningsbaserte nivået”, men de hadde hatt fokus på å anvende forskningskunnskap og utvikle praksis. De jobbet nå for å lære studenter og klinikere å finne og å anvende forskningskunnskap. De snakket ikke om dette som KBP, men beskrev det innholdsmessig. De mente det var minst like viktig å utvikle klinisk skjønn som KBP.

De ergoterapeutene som hadde forankring i en teoriforankret diskurs, skilte seg fra de andre ved at forståelsen av KBP hadde blitt formet under ergoterapeututdanningen. De tok det for gitt at de burde forstå og bruke KBP. Nå var de opptatt av å anvende teori og forskning inn i praksis for å velge og å begrunne tiltak. De hadde engasjerte fagfolk som oppmuntret hverandre til å jobbe KBP i arbeidsmiljøet. Eksemplene fra praksis gikk på begrunnelse for valg av behandlingstiltak gjennom forskning. De hadde foreløpig ikke mye erfaringskunnskap, derfor anvendte de det de var gode på, teoretisk kunnskap, inkludert forskningskunnskap, og brukerfokuset.

Deltagelsen i denne studien kan også ha vært med på å utvikle forståelsen. Berit sa i begynnelsen av intervjuet at KBP og EBP var det samme, men etter hvert kom hun frem til forskjellige forståelser. Hun var selv klar over at det skjedde en utvikling, og håpet at hun ikke motsa seg selv.

### **5.3.2 Hvordan utfordrer de ulike utviklingsmåtene av KBP hverandre?**

Ergoterapeuter som hadde forankring i ulike diskurser, hadde ulike tilnærminger til og utvikling av KBP. Samtidig trådte det frem likhetstrekk mellom dem.

Alle ergoterapeutene var opptatt av hvordan de skulle forholde seg til og anvende KBP. Alle så et behov for både kvalitativ og kvantitativ forskning for å belyse ergoterapi, utvikle behandlingstilbudet til pasientene og dokumentere tjenestene for bevilgende myndigheter. De så det som et dilemma at det stilles stadig høyere krav til å dokumentere gjennom forskning, samtidig som det er vanskelig å få midler til forskning.

Konteksten hadde betydning for utviklingen av forståelsen og anvendelsen av KBP for alle ergoterapeutene. Nåværende arbeidsplass nevnte alle, bortsett fra de som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs. Her fokuserte de på samarbeidet med internasjonale miljø. Vi ser at dette har ledet til diskursive tankemåter og dermed forståelser og praksiser som er nær hverandre, hos de som er i like miljø. Ingen av informantene beskrev at de skilte seg ut i sine miljø. Dette tyder på at kontekster de er nært tilknyttet, har stor betydning. De formes i og av miljøet sitt. Samtidig er de selv med å forme miljøet.

Litteraturlesning var betydningsfullt for utviklingen av forståelsen og implementeringen av KBP for alle informantene. ”Ergoterapeuten”, internasjonale

forskningsdatabaser og internasjonal litteratur om KBP, både ergoterapifaglig og tverrfaglig litteratur, var informasjonskilder som alle i større eller mindre grad anvendte. De ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle diskursen, skilte seg imidlertid fra de andre ved at de også la vekt på filosofilitteratur, (Løgstrup, Skjervheim) og ergoterapiteori (Kielhofner).

Implementeringen av KBP i egen praksis fremstod forskjellig hos ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser. Her spilte ulike forståelser og ulike kontekster inn. De ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske og i den teoriforankrede diskursen, anvendte sin forståelse av KBP i klinisk praksis. Mens de ergoterapeutene som hadde sin forankring i den relasjonelle diskursen, sa de aldri hadde jobbet KBP, altså forskningsbasert, selv om de hadde vært opptatt av å lese forskningsartikler og å utvikle praksis.

Tilgangen til relevant og anvendelig forskningskunnskap så de ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske og i den relasjonelle diskursen, som en utfordring. De fant ikke alltid forskning som var relevant og spesifikk nok, til at de kunne anvende den i praksis. De ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen, opplevde derimot at det var mye relevant forskning å finne i den internasjonale litteraturen.

Fokuset på å spre kunnskap om KBP og å lære studenter og klinikere hvordan de kan nyttiggjøre seg forskningskunnskapen, delte de ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle og i den forskningsbaserte diskursen. Likevel virket det som det var et mer ”avslappet forhold” til forskningskunnskapen, som inspirasjonskilde og opplysningsbase, hos de som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen. Ergoterapeutene med forankring i den relasjonelle diskursen, fokuserte sterkere enn de øvrige på viktigheten av forskning og at

ergoterapeuter anvender forskningskunnskap. Samtidig var de også mest kritiske til fenomenet KBP.

De forholdt seg til hvordan de hadde lært å forstå og å anvende KBP de ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske og i den teoriforankrede diskursen. Ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske diskursen, hadde deltatt på obligatorisk kurs om KBP, og var pålagt av ledelsen å jobbe KBP. Ergoterapeutene som hadde forankring i den teoriforankrede diskursen, hadde lært KBP som en del av grunnutdanningen, og tok det for gitt at de skulle anvende KBP. De ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle og i den forskningsbaserte diskursen, gjorde sine egne vurderinger av KBP ut fra hva de fant i teori og forskning. I deres kontekst og deres stillinger var dette mulig. Det hadde ledet til annerledes forståelser av KBP, og også til en skeptisk innstilling til KBP hos ergoterapeutene som hadde forankring i den relasjonelle diskursen.

Ergoterapeutene hadde ulike veier i utviklingen av sin forståelse av KBP, og de hadde implementert det i sin praksis på forskjellige måter. Det fremtrådte både fellestrekk og forskjeller mellom ergoterapeuter som hadde forankring i ulike diskurser og hadde ulike kontekster. Forskjellene skaper utfordringer. Alle pekte også på utfordringer de så for ergoterapeuter fremover. Disse utfordringene omtales nærmere i 5.4.

## 5.4 Hvordan utfordrer ergoterapeuter som har forankring i ulike diskurser hverandre, og hvilke utfordringer peker de på?

Her vil jeg beskrive hvordan ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser utfordrer hverandre, utfordringer som fremtrer i materialet, og utfordringer informantene peker

på. Disse utfordringene gjelder først og fremst for ergoterapeuter, men også til dels for helsearbeidere generelt i Norge.

Vi har ingen felles forståelse av hva KBP er blant ergoterapeuter i Norge. Denne oppgaven peker på en sammenheng mellom ulike forståelser og anvendelser av KBP, og forankring i ulike diskurser og kontekster. Det sammensatte bildet som fremtrer for meg i materialet, sier meg at vi kanskje ikke kan forvente noen konsensus om KBP blant norske ergoterapeuter. En undersøkelse i England viste at ergoterapeutene der mente KBP var ”overall a good thing”, men heller ikke der hadde de noen enhetlig forståelse av KBP. (Hammell & Carpenter, 2004)

Hvorvidt EBP eller KBP var det beste begrepet for å beskrive dette fenomenet, var informantene uenige om. De ergoterapeutene som hadde forankring i en relasjonell diskurs og i en forskningsbasert diskurs, mente vi burde bruke EBP på norsk. Ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, problematiserte ikke denne oversettelsen, mens ergoterapeutene som hadde forankring i en teoriforankret diskurs, brukte begrepene ulikt. Norske helsearbeidere møter begrepet ”evidence” i internasjonal engelskspråklig litteratur. Når vi forholder oss til et internasjonalt fenomen, mener jeg vi burde beholdt den internasjonale betegnelsen. Kunnskap er et vidt begrep. Alle som er faglærte i et yrke, baserer seg på kunnskap. De utøver kunnskapsbasert praksis. Begrepsbruken på norsk er fortsatt under diskusjon.

Hvis man derimot fokuserer på det innholdsmessige i det som ble sagt av ergoterapeuter som hadde forankring i ulike diskurser, og ikke ser på hvordan de brukte og forstod begrepene EBP og KBP, fremtrer det større likhet mellom dem. Hvis vi ser på hvordan de snakket om å anvende forskningskunnskap og andre kunnskapsformer i praksis, for å utvikle behandlingstilbudet til pasientene, peker materialet mot en diskusjon med mindre motsetninger. Alle snakker fortsatt ut fra den

diskursen de er forankret i, og den konteksten de er i og er preget av, men vi ville da ha fått mer sammenfallende beskrivelser av disse forholdene. Kanskje vi hadde fått en mer konstruktiv debatt også?

KBP har kommet inn i faget, uten at vi har definert det og tatt stilling til det. (Taylor, 2007) Dette var alle ergoterapeutene skeptiske til, unntatt de som hadde forankring i en teoriforankret diskurs. Her hadde KBP alltid vært en del av ergoterapifaget. Det er uheldig at det eksisterer ulike forståelser og ulike begrep som brukes uten nærmere definering, mente de øvrige ergoterapeutene. De var bekymret for hva det kan føre til for fagutviklingen, at vi anvender begrepet KBP inn i faget, når vi har forskjellige forståelser av hva det er. Vil dette være et hinder for fagutviklingen fremover?

Hva kan KBP føre til for fagutviklingen innen ergoterapi og andre helsefag dersom kvantitativ forskning rangeres høyest? Alle ergoterapeutene, bortsett fra de som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs, var bekymret for at dette ville føre til ”snevrere” helsefag.(Kinn, 2005 og Kinn, 2007) De som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs, så på kvantitativ forskningskunnskap bare som den tredje kunnskapskilden i praksis, og KBP som en liten, men viktig del av ergoterapi.

Kravene om forskningsbasering og effektivisering i helsetjenesten var informantene opptatt av på forskjellige måter. Alle ergoterapeutene bortsett fra de som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs, var bekymret for at dette ville lede til at de ergoterapitjenestene og helsetjenestene for øvrig, som kan belyses gjennom kvantitativ forskning, prioriteres, på bekostning av andre, helsetjenester, jamfør det Kinn beskriver.(Kinn, 2005 og Kinn, 2007) De ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, så på dette som misbruk av KBP i kampen om ressursene. De ergoterapeutene som hadde forankring i den forskningsbaserte diskursen, så derimot på KBP som et egnet redskap for å dokumentere for bevilgende



myndigheter at tiltak er effektive. Hvordan vil utviklingen bli fremover? Her er det tema for videre forskning.

Ergoterapeuters kompetanse på forskning og forskningsmetode pekte de på som en utfordring, både de ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs og de som hadde forankring i en relasjonell diskurs. De mente det kreves mer enn det grunnutdanningen hadde gitt dem, for at de skulle forstå forskningsartikler riktig og for at de skulle kunne anvende forskningskunnskap i klinikken. Ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske diskursen, så en utfordring i språket i og formen på forskningsartikler. De opplevde at dette ikke var lett tilgjengelig for klinikere.

Må erfaringsbasert kunnskap skrives ned og presenteres i en artikkel for å være gyldig kunnskap? Ergoterapeutene som hadde forankring i den kliniske diskursen, snakket om at det var større gjennomslagskraft i å kunne vise til en artikkel, enn ”bare” til sin mangeårige kliniske erfaring. De beskrev at KBP består av tre likeverdige elementer. Skulle ikke da erfaringskunnskapen veie like mye som en skriftlig kilde? Det ser ut til at de har erfart det som Taylor beskriver er problemet for ergoterapeuter, å beskrive ”gyldig evidens” for tiltakene.(Taylor, 2007)

Brukermedvirkning og brukerkunnskap rangeres høyt av alle ergoterapeutene. Det er nærmest underforstått hvor vesentlig dette er i klinisk praksis. Det fremstår som en selvfølgelighet at erfaringsbasert kunnskap også utnyttes optimalt for alle. De ergoterapeutene som har forankring i en relasjonell diskurs, var opptatt av å utvikle og å forske på disse kunnskapsformene også, mens de som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs, mente ergoterapifaget hadde mye relevant forskning her allerede.

Hva skjer når ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser møtes og diskuterer fenomenet KBP? Klarer de å snakke sammen, når de bruker ulike begrep og har så ulike forståelser? Eller om de bruker samme begrep og mener forskjellige ting? Vi så at ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, hadde pålegg om KBP, mens ergoterapeutene som hadde forankring i en relasjonell diskurs, mente KBP ikke harmonerte med grunnleggende verdier og kompetanse i ergoterapi og andre helsefag. Dette har ledet til ulik utvikling av KBP. Hvordan skal de kunne snakke sammen om KBP og utvikle KBP sammen, med så ulike utgangspunkt?

Alle informantene hadde fagbakgrunn som ergoterapeuter i denne studien. Likevel fremstod det stor variasjon i forståelsen og anvendelsen av KBP blant dem. De fire ulike diskursive tankemåtene som trådte frem i denne undersøkelsen, mener jeg vi sannsynligvis kan finne innen andre helsefaggrupper også. Vi har klinikere, forskere, nyutdannede og lærere/filosofere innen de ulike fagene. Det kunne vært interessant å belyse om forståelsen av KBP fremstår som mer sammenfallende hos de som er forankret i samme diskursive tankemåter, men tilhører forskjellige faggrupper, enn den gjør hos personer som tilhører samme faggruppe, men har forankring i ulike diskursive tankemåter.

Ergoterapeutene utfordrer alle helsearbeidere til debatt om KBP. De utfordrer til et reflektert forhold til KBP, og til avklaring av hva vi mener når vi snakker om KBP. De peker på at ledende fagpersoner og fagmiljø og fagforbundene har et spesielt ansvar i denne sammenheng.

Informantene utfordrer ergoterapeuter til diskusjon og til et reflektert forhold til KBP. De håper at kongressen i 2009 vil bidra til dette.

De utfordrer til å styrke ergoterapeuters kompetanse på KBP, forskning og forskningsmetode.

Ergoterapeutene utfordrer til forskning og fagutvikling, og til å anvende forskningskunnskap for å utvikle behandlingstilbudet til pasientene.

De utfordrer forskere og de som publiserer forskning til å gjøre forskningskunnskapen tilgjengelig og anvendelig for klinikere.

Informantene peker på utfordringer vi møter i omgivelsene. Hvordan skal vi møte krav og føringer om fagutvikling og forskning, og dokumentere tjenestene for bevilgende myndigheter? Hvordan vise at vi gjør de riktige tingene riktig? (Taylor, 2007)

Konteksten endres. Befolkningens behov for helsetjenester endres. Forståelser og praksiser endres. KBP endres. Hvordan skal ergoterapeuter forstå og utvikle KBP fremover? Første utfordring blir å skape en konstruktiv dialog på tross av ulike utgangspunkt, forankring i ulike diskursive tankemåter og ulike kontekster.

## 6. Konklusjon

### 6.1 Innledning

I denne studien har jeg belyst problemstillingen hvordan forstår og utvikler ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis. Dette ble gjort gjennom en konstruksjonistisk diskursanalytisk tilnærming i et sosiologisk perspektiv inspirert av Berger og Luckmann. Datainnsamlingen foregikk ved hjelp av kvalitativ metode, gjennom fire semistrukturerte individuelle intervju og et fokusgruppeintervju med fire deltagere høsten 2008. Beskrivelsen i oppgaven belyser hvordan dette fremtrer på dette tidspunktet. Konteksten er i endring, diskursene endres, og forståelsen og anvendelsen av KBP vil dermed også utvikles og endres.

I dette kapittelet vil jeg oppsummere, peke på noen områder for videre forskning og bringe fram noen utfordringer fremover, som fremtrer i materialet. Som sosialkonstruksjonist finner man ikke ”sannheten”, men man kan åpne for andre konstruksjoner av forståelse og betydning av fenomener og begreper. (Winther Jørgensen & Phillips, 1999) Hensikten med denne oppgaven var å bidra til refleksjon og diskusjon rundt fenomenet KBP blant norske ergoterapeuter og andre helsearbeidere, og gjennom dette åpne for et reflektert forhold til fenomenet KBP.

### 6.2 Konklusjon og utfordringer fremover

Gjennom analysearbeidet trådte det frem fire diskurser i materialet, den teoriforankrede, den forskningsbaserte, den kliniske og den relasjonelle diskursen. Vi så at alle informantene beskrev hvordan de forstod og utviklet KBP ut fra forankringen i sin diskursive tankemåte og sin kontekst. Deres forståelse av KBP lot seg ikke fremstille i en samlet beskrivelse. Det fremtrådte både fellestrekk og forskjeller mellom ergoterapeuter som hadde forankring i ulike diskurser.

De ergoterapeutene som hadde forankring i en klinisk diskurs, var preget av et solid ståsted i klinikken. Det var bare her de forstod KBP tilsvarende kunnskapssenterets modell. Denne forståelsen hadde de fått gjennom internundervisning på sykehuset. De anvendte KBP i praksis, som et bidrag til utvikle behandlingstilbudet og å dokumentere tjenestene.

De ergoterapeutene som hadde forankring i en forskningsbasert diskurs, var preget av fokuset på forskning og å bringe forskningskunnskapen, den tredje kunnskapskilden, til klinikerne. KBP handlet om effektforskning for å velge tiltak, og for å dokumentere tjenestene. Det internasjonale evidensmiljøet og internasjonal litteratur var viktigst for utviklingen av KBP.

De ergoterapeutene som hadde forankring i en relasjonell diskurs, var preget av refleksjonspunktet i pasient – terapeutrelasjonen. De var i miljøer med skepsis til KBP. De var kritiske til KBP på bakgrunn av rangeringen av kvantitativ forskning, men hadde et engasjement for å gjøre forskningskunnskapen tilgjengelig for studenter og klinikere, og for å utvikle klinisk skjønn. De sa de ikke hadde jobbet ”forskningsbasert”.

De ergoterapeutene som hadde forankring i en teoriforankret diskurs, var preget av at KBP – tankegangen kom inn gjennom grunnutdanningen. De beveget seg mellom teori og praksis i refleksjonen. De forstod KBP jamfør kunnskapssenterets modell for daglig praksis, og EBP som å jobbe forskningsbasert. Forskningskunnskapen rangeres høyest, men brukerkunnskap er likevel utgangspunktet for all behandling.

Felles for alle ergoterapeutene var at de relaterte KBP til forskningskunnskap. Alle inkluderte å anvende forskningskunnskap fra kvantitative studier ved planlegging av tiltak for enkeltpasienter eller pasientgrupper, når de beskrev sin forståelse av KBP. De anvendte alle KBP i sitt arbeid ut fra sin forståelse av det.

Det fremstod betydelige ulikheter mellom de ergoterapeutene som hadde forankring i forskjellige diskurser, med tanke på hvor de reflekterte ut fra, hva de fokuserte på, og hvordan de hadde utviklet forståelsen og anvendelsen av KBP. Det var ulikhet i ”bredden” på definisjonen av KBP, og de rangerte kunnskapskildene forskjellig. De hadde ulikt syn på fenomenet KBP generelt. Fokuserer vi derimot på innholdet i hva som ble sagt, uten å bruke begrepet KBP, fremtrer det større likhet mellom ergoterapeuter med forankring i ulike diskurser.

Fenomenet KBP, hvordan det konstrueres av ergoterapeuter og andre helsearbeidere, er et område i utvikling. Diskusjonene pågår i flere helsefaggrupper. Etter at min datainnsamling var avsluttet, har diskusjonen kommet frem i ”Ergoterapeuten”. Konteksten er i endring. Det kunne vært interessant med en ny undersøkelse blant ergoterapeuter etter kongressen høsten 2009, for å se hvordan forståelsene utvikler seg, og hvordan kunnskapen om KBP spres i fagmiljøene. Det kunne også vært interessant å belyse disse forholdene blant andre helsefaggrupper. Og hvordan vil KBP utvikle seg? Området er fortsatt rikt på forskningstema.

Det fremtrådte flere utfordringer for fremtiden i materialet. Ergoterapeutene oppfordrer alle helsearbeidere til diskusjon av KBP og begrepsavklaring.

Informantene utfordrer til å styrke ergoterapeuters kompetanse på KBP og på forskningsmetode, og de oppfordrer ergoterapeuter til å forske.

De så det som en stor utfordring for fagutviklingen innen ergoterapi, at vi bruker KBP inn i faget, uten å ha en felles forståelse av hva det er.

Den variasjonen i forståelsen og utviklingen av KBP som fremtrer i materialet, peker på en utfordring i å skape en konstruktiv og inkluderende dialog i ergoterapimiljøet i Norge.

Utfordringene fra informantene vil jeg bringe ut i ergoterapimiljøet ved fremlegg basert på denne masteroppgaven på kongressen i Bergen i oktober 2009. Dermed vil jeg bidra til refleksjon og diskusjon i ergoterapimiljøet i Norge. Så gjenstår det å se om vi tar utfordringene informantene gir oss. Konteksten er i endring. Hvordan vil ergoterapeuter forstå og utvikle KBP fremover? Temaer for nye forskningsprosjekt er det rikelig av innen dette feltet fremover.

## Kildeliste

Alve, G. (2006) *Terapeutrollen i samhandling. En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter*. Doktoravhandling, Medisinsk fakultet, Universitetet, Oslo.

Alve, G. (2007) "En klientsentrert terapeutrolle" i Horghagen, S., et. al. (red) *Beste praksis i ergoterapi*. (59-72) Tapir Akademisk Forlag, Trondheim

Bennett, S. & Bennett, J. W. (2000) "The process of evidence - based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions". *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 171-180.

Berger, P. & Luckmann, T. (2000) *Den samfunnsskapte virkelighet*. Fagbokforlaget, Oslo.

Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å., Madsen, A. J. (red) (2007) *Basisbog i ergoterapi*. Munksgaard Danmark, København.

Ekeli, B. V. (2002) *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Eureka, Tromsø.

Ekeland, T. J. (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat, Høgskolen i Oslo,



Engelsrud, G. & Schriver, N. (2005) "Fysioterapi som sosial og relasjonell praksis." *Fysioterapeuten* 14, 20-23, Danmark.

Foucault, M. (1999) *Diskursens orden*. Spartacus, Oslo.

Foucault, M. (1972) *The archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*. Pantheon Books, New York.

Hammell, K. W. & Carpenter, C. (2004) *Qualitative Research in Evidence-based rehabilitation*. Churchill Livingstone, Canada

Hem, M. H. (2008) Prøveforelesning fro doktorgrad ved institutt for helsefag 03.04.08, Universitetet, Oslo.

Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J., & Hagen, B. (2005) *Evindence - Based Physiotherapy*. Elsevier.

Hjelle, K. (2008) "Integrering av kunnskapsbasert praksis ved ergoterapeututdanningen i Bergen". *Ergoterapeuten* 1, 60-67.

Hole, G. O. (2008) "Kunnskapbasert praksis: Kritikk på feil grunnlag?" *Ergoterapeuten* 1, 50-53.

Horghagen S., Sveen, U., Holm, J., Hagby, C., Hammervold, B., Reinsberg, S., Thyness, E. M. (red.) (2007) *Beste praksis i ergoterapi*. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim.

Jamtvedt, G. & Nortvedt M. W. (2008) Kunnskapsbasert ergoterapi -et bidrag til bedre praksis! *Ergoterapeuten* 1, 10-18.

Järvinen, M. & Miik-Meyer , N. (red) (2005) *Kvalitativ metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Hans Reitzels forlag, København.

Kinn, L.G. (2005) *Evidence -based practice -a double-edged sword for occupational therapists?* Essay i vitenskapsteori, VNN -FU.

Kinn, L.G. (2007) ”Evidensbasert praksis - et tveegget sverd? En drøfting av problematiske sider ved evidensbasert ergoterapi.” i Horghagen S., et. al., (red.) *Beste praksis i ergoterapi*. (99-117) Tapir Akademisk Forlag, Trondheim

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk, Oslo.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications, Los Angeles, London, New Dehli, Singapore.

Larun, L. (2008) ”Kritisk vurdering – hvorfor og hvordan?” *Ergoterapeuten*, 1, 46-49.

Mortvedt, O. M. (2008) ”Vil ha verdens beste offentlig ansatte.” *Ergoterapeuten* 10, 4.

NETF.no (2006) *Ergoterapeutenes samfunnskontrakt. Yrkesrolle og etiske retningslinjer* på [www.NETF.no/NETF/Fagogyrkesutoevelse/Fagprofil/Yrkesetikk/yrkesetiskeretningslinjer](http://www.NETF.no/NETF/Fagogyrkesutoevelse/Fagprofil/Yrkesetikk/yrkesetiskeretningslinjer) (sist besøkt 20.06.09)

NETF.no (2008-1) *Kunnskapsbasert ergoterapi* på [www.NETF.no/NETF/Fagogyrkesutoevelse/Kunnskapsporten](http://www.NETF.no/NETF/Fagogyrkesutoevelse/Kunnskapsporten) (sist besøkt 20.06.09)

NETF.no (2008-2) *Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi* på [www.NETF.no/NETF/Fagogyrkesutoevelse/Fagprofil/Yrkesetikk/Kunnskapsgrunnlaget](http://www.NETF.no/NETF/Fagogyrkesutoevelse/Fagprofil/Yrkesetikk/Kunnskapsgrunnlaget) (sist besøkt 20.06.09)

Nortvedt, M. W. et. al. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. NSF, Oslo.

Nordheim, L. (2008) ”Hvordan finne forskningsbasert kunnskap: En oversikt.” *Ergoterapeuten*, 1, 39-45.

Parker, I. (2004) *Qualitative Psychology*. McGrawHill Education, Berkshire

Polit D., & Beck, C.T. (2007) *Nursing research, Principles and methods*. Lippincott, Wilkins & Williams.

Rasmussen, K. (2004) "Evidence-based medicine and clinical practice." i Søndbø Kristiansen, I, & Mooney, G. (red), *Evidence-based Medicine In its place*. Routledge, London/New York.

Rieper, O. & Foss Hansen, H. (2007) *Metodedebaten om evidens (sammenfatning)*. [www.akf.dk/utgivelser/2007/metodedebat\\_evidens/](http://www.akf.dk/utgivelser/2007/metodedebat_evidens/)

Ruyter, K. W. (2000) "Medisinsk forskningsetikk" i Ruyter, K. W., Førde, R. Og Solbakk. J. H. (red), *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. Gyldendal Norsk forlag, Oslo.

Sackett, D. L., et. al. (1996) "Evidence based medicine: what it is and what it isn't." *British Medical Journal*. Vol 312(7023) s. 71-72.

Sahlin, I. (1999) "Diskursanalys som sociologisk metod." i Sjöberg, K., (red) *Mer enn kalla fakta. Kvalitativ forskning i praktiken*. Studenlitteratur,

Sandmo, E. (1999) "Om Michel Foucault som maktteoretiker" i Engelstad F. (red) *Om makt. Teori og kritikk*. Ad Notam Gyldendal, Oslo

St. prp, nr 1, 2006-2007 (Statsbudsjettet)

St. prp. nr. 1, 2007-2008 (Statsbudsjettet)

Taylor, M. C. (2007) *Evidence-based Practice for Occupational Therapists*. Blackwell Publishing, Oxford.

Trombly, C. A. (2002) *Occupational Therapy for physical dysfunction*, 5<sup>th</sup>. ed. Lippincott, Williams & Wilkins, Baltimore.

Tuntland, H. (2008) ”Kunnskapsbasert ergoterapi i et internasjonalt perspektiv.” *Ergoterapeuten*, 1, 19-27.

Tuntland, H. (2009) ”Betraktninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis.” *Ergoterapeuten*, 3, 22-27

Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppeintervjuer som undersøkingsmetode*. Studentlitteratur, Lund.

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (1999/2008) *Diskursanalyse som teori og metode*. Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag, Fredsriksberg

Wågø Aas, R. (2002) “Evidence-Based Health Care, Del 1 og 2.” *Ergoterapeuten*, 1.

Wågø Aas, R. ( 2003) ”Evidensbasert praksis - hva bør ergoterapeuter dokumentere?”  
*Ergoterapeuten*, 11, 4-11.

Wågø Aas, R. (2007) ”Tiltaksvalg i komplekse brukersaker. Ni  
translasjonsutfordringer ved bruk av evidens fra forskning.” i Horghagen S.,et.al.  
(red.) *Beste praksis i ergoterapi*.(73-97) Tapir Akademisk Forlag, Trondheim.

Wågø Aas, R. (2008) ”Vi trenger en opprydning i ergoterapifaget”. *Ergoterapeuten*,  
11, 4-6.

Div. master-/hovedoppgaver ved seksjon for helsefag, UIO

## Vedlegg 1

Re: Masteroppgave.

From: "**Ingrid Middelthon, rådgiver/komit sekret r**" (i.m.middelthon@medisin.uio.no)

Sent: Tuesday, July 22, 2008 1:37:06 PM

To: Elin Mangen (esm1@hotmail.com)

Hei

Forespørselen er vurdert av komiteens leder, Stein A. Evensen. Studien vurderes som ikke-fremleggelsespliktig for REK.

Med vennlig hilsen  
Ingrid Middelthon

On 30.06.2008 20:10, Elin Mangen wrote:

> Hei!

>

> Sender vedlagt en beskrivelse av prosjektet for masteroppgaven.

> Håper den inneholder det nødvendige for   vurdere prosjektet.

>

> Vennlig hilsen Elin Mangen

## Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagre gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Kristin Margrete Heggen  
Seksjon for helsefag  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 26.08.2008

Vår ref.:19849/4/LT

Deres dato:

Deres ref:

# KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.08.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19949	<i>Kunnskapsbasert praksis og ergoterapi.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kristin Margrete Heggen</i>
Student	<i>Elin Mangel</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

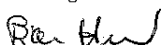
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

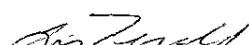
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henriksen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elin Mangel, Tunveien 6, 2100 SKARNES

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrr.svanva@svt.ntnu.no](mailto:kyrr.svanva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

19949

Det vises mottatt revidert informasjonsskriv 22.09.2008.

Personvernombudet finner opplegget for gjennomføringen av prosjektet tilfredsstillende, og finner at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første ledd (samtykke).

Innsamlete opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 30.06.2009. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger.

---

## Vedlegg 3

Til informantene.

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave.

I forbindelse med masterstudiet i helsefagvitenskap ved medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo skal jeg skrive en masteroppgave. Foreløpig tittel på oppgaven er: "Kunnskapsbasert praksis og ergoterapi". Formålet med studien er å få innsyn i hvordan du som ergoterapeut forstår og beskriver kunnskapsbasert ergoterapi og hvordan du ser på forholdet mellom kunnskapsbasert praksis og kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming og planlegger intervju med ergoterapeuter om temaet. Fokus i oppgaven er ergoterapeuters forståelse og beskrivelse av kunnskapsbasert praksis.

Datainnsamlingen vil bli gjennomført høsten 2008. Intervjuene tas opp og skrives ut i etterkant. Opptakene slettes når prosjektet er avsluttet, senest innen utgangen av 2009. Masteroppgaven planlegges fullført i juni 2009. Det er bare veileder Grete Alve, og undertegnede som vil ha tilgang til datamaterialet og informantenes identitet.

Alle data vil bli behandlet konfidensielt. Deltakelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten å begrunne dette. Alt innsamlet materiale vil da bli slettet. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Ønsker du ytterligere informasjon, ta kontakt med undertegnede på telefon 91 10 23 25 eller e-mail: [e.s.mangen@studmed.uio.no](mailto:e.s.mangen@studmed.uio.no)

Med vennlig hilsen Elin Mangel, Masterstudent.

Samtykkeerklæring Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og samtykker til å delta i ovenfor nevnte prosjekt.

Sted:

Dato:

Underskrift:

Intervjuguide.Innledning til intervju:

KBP/EBP er et aktuelt tema for tiden. I samfunnet, helsetjenesten og ergoterapimiljøer.

Derfor har jeg valgt å se på KBP innen egen faggruppe., ergoterapeuter.

Hvordan forstår de KBP? Hvordan ser de på eget fag i forhold til KBP? Hvordan ser de på fagutøvelse/ergoterapi praksis i forhold til KBP? Hvordan har de kommet frem til dette?

Info fra infoskriv. Samtykkeerklæring.

---

Spørsmål til intervjuene:

Hvilket begrep foretrekker du; evidensbasert praksis eller kunnskapsbasert praksis?

Hvorfor?

Hvordan forstår du begrepet kunnskapsbasert praksis?

Hva legger du i kunnskapsbasert praksis? (modellen over)

Hvordan vil du beskrive fenomenet kunnskapsbasert praksis? Hva er det egentlig?

Hvordan har du kommet frem til denne forståelsen av kunnskapsbasert praksis?

I hvilken sammenheng/sammenhenger har du kommet frem til dette?

Evidenshierarki (-kunnskaps/forskningshierarki) Hvordan forholder

du deg til et evidenshierarki? – eller kan man ikke ”rangere kunnskap”?

KBP og ergoterapi

Hvordan vil du beskrive grunnleggende verdier i ergoterapi?

Hvordan ser du på forholdet mellom grunnleggende verdier i ergoterapi og kunnskapsbasert praksis?

Hvordan har du kommet frem til dette?

Hvordan vil du beskrive ergoterapeutenes kjernekompetanse?

Hvordan ser du på forholdet mellom ergoterapeutens kjernekompetanse og kunnskapsbasert praksis? Hvordan har du kommet frem til denne forståelsen?

I yrkesetiske retningslinjer heter det at ergoterapeutene «driver kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra et brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne erfaringer og dokumentasjon i teori og forskning»

Hvordan gjør man dette?

Hvordan ser du på dette ut fra din praksis?(eller relatert til tidligere praksiserfaring?)

Har du eksempler på kunnskapsbasert praksis i ergoterapi? Kan du fortelle om det?

Hvordan har KBP betydning for din fagutøvelse som ergoterapeut?

Kunnskapsbasert praksis, - hvilken betydning har det for møtet mellom ergoterapeut og pasient?

Hvordan ser du på brukermedvirkning i forhold til KBP?

Hvordan har denne KBP - praksisen utviklet seg hos deg?

Har du endret din praksis etter at du fikk kjennskap til KBP, og i tilfelle hvordan?

Hvilke utfordringer medfører kunnskapsbasert praksis for ergoterapi(faget)?

Hva ser du som det mest positive ved kunnskapsbasert praksis?

Ser du noen negative sider ved kunnskapsbasert praksis? Eventuelt hvilke?

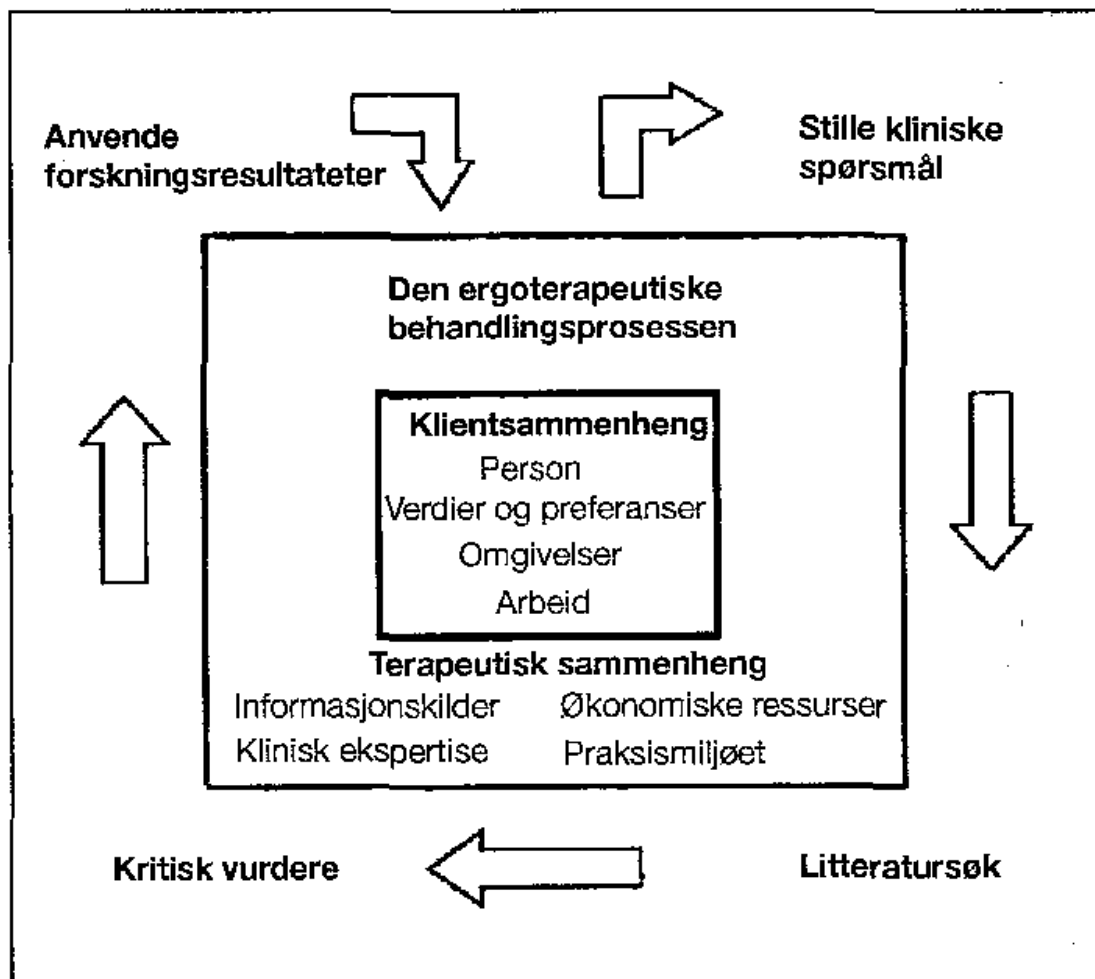
Er det andre sider ved kunnskapsbasert praksis du vil nevne, som vi ikke har berørt så langt?

Er det ellers noe du vil nevne før vi avslutter?

Takk for at du stilte opp!



Kunnskapssenterets modell for kunnskapsbasert praksis.  
Fra Jamtvedt og Nortvedt, 2008.



Bennetts modell for kunnskapsbasert ergoterapi. Fra Jamtvedt og Nortvedt, 2008.

## Plan for fokusgruppeintervju

Kunnskapsbasert praksis og ergoterapi

Masteroppgave

Helsefagvitenskap, UiO

Elin Mangen

### Plan for fokusgruppa

- Samtykke
- Innledning om prosjektet
- Fokusgruppe med tema:  
Kunnskapsbasert praksis og ergoterapi.

Tidsskjema: Avslutter ca kl. 15.15.

### Samtykke

Frivillig å delta

Trekke dere når som helst

Data behandles konfidensielt.

## Innledning

Kunnskapsbasert praksis – et aktuelt tema

i helsevesenet

for ergoterapeuter

- Hvordan forstår ergoterapeuter kunnskapsbasert praksis?
- Hvordan ser ergoterapeuter på forholdet mellom eget fag og kunnskapsbasert praksis?
- Hvordan har ergoterapeuter integrert dette i egen praksis?
- Hvordan har de kommet frem til dette?

## Fokusgruppe

Dere får muligheten til å

diskutere

kunnskapsbasert praksis.

Evidensbasert praksis eller  
kunnskapsbasert praksis?

Hvorfor?

Hvordan forstår dere

kunnskapsbasert praksis?



Hvordan har dere kommet  
frem til dette?

Hvordan ser dere på forholdet  
mellom  
ergoterapifaget  
og  
kunnskapsbasert praksis?

Eksempler på  
kunnskapsbasert praksis i  
ergoterapipraksis?

Jobber dere  
kunnskapsbasert?

Hvordan kan  
kunnskapsbasert praksis  
utvikles i din praksis?

Hva er det mest positive ved

kunnskapsbasert praksis?

Kunnskapsbasert praksis

er gøy!

Overskrift i temanummeret om kunnskapsbasert

ergoterapi

Negative sider ved

kunnskapsbasert praksis?

Andre sider ved

kunnskapsbasert praksis?

Kommentarer ved

avslutning?

Tusen takk

for at dere stilte opp!